ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales de la chirurgie française et étrangère.
Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales de chimie et de physique.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Archives de médecine comparée; par M. Rayer.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Clinique de Marseille.
Expérience.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de pharmacie.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.
Revue magnétique.

5350

ENCYCLOGRAPHIE

DES SCIENCES MÉDICALES.

6e Série, t. vii. — JUILLET 1845. — Encyclogr., t. 155.

1re partie.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE

ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me partie.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me partie.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 121-180.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 539—600.

I. Physiq., Chimie et Botan. médic.
II. Hygiène, Diététiq., Pharmacol. et Toxic.
III. Anatomie et Physiol.
IV. Pathologie, Thérapeut. et Clinique méd. 1—5. *Rev.* 20, 26—29.
V. Accouchem., Maladies des femmes et des enf. 6, 7. *Rev.* 21, 22, 30—33.
VI. Chirurgie, Orthop. et Ophthalm. 8—13.
VII. Phrén., Mal. mentales.
VIII. Mal. des voies gén.-ur. 14.
IX. Maladies syphilitiques. 15.
X. Médecine légale et Police méd. 16.
XI. Médecine vétérinaire.
XII. Généralités. 17.
Clinique des hôpitaux et des maisons d'aliénés.
Sociétés savantes, pag. 175—197.
Revue analytique des journaux étrangers. 18—22.
Notices bibliographiques. 23.
Monographies.
Mélanges. 24—33.

BRUXELLES,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE ENCYCLOGRAPHIQUES DES SCIENCES MÉDICALES DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR, FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1845.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s1id13298670

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(JUILLET 1845.)

TOPOGRAPHIE MÉDICALE DU CANTON DE HEYST-OP-DEN-BERG (PROVINCE D'ANVERS);

Par le docteur B. LUYCKX, membre correspondant de la Société de médecine pratique de la province d'Anvers, de la Société de médecine d'Anvers, de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines, etc.

(Suite : voir le nº de juin 1845, p. 78.)

Coryza. — Cette légère affection catarrhale est très-commune pendant les saisons froides et humides.

Légère, elle cède à une boisson diaphorétique, en prenant la précaution de ne pas s'exposer au froid, au grand air. Si ce coryza est violent, les pédiluves chauds, les fomentations émollientes, parfois 2 à 4 sangsues à chaque narine, combattent efficacement le mal. Les enfants à la mamelle, atteints de coryza, respirent difficilement par les narines; on les fait boire à la cuillère, et on applique des cataplasmes émollients aux pieds.

Quelques personnes contractent, sous l'influence de la moindre cause, cette légère affection catarrhale : la flanelle sur la peau, les frictions sèches, des bas de laine et des socques pendant les saisons froides et humides, constituent ici les moyens les plus propres à prévenir ces catarrhes nasaux, suivis et accompagnés, chez un grand nombre de personnes, d'une bronchite : on ne voit guère le coryza à l'état chronique.

Stomatite. — La stomatite, sous ses différentes formes, se rencontre, certaines années, assez fréquemment dans nos endroits : le traitement suivant a généralement justifié son efficacité. Quand l'inflammation des gencives ou du reste de la muqueuse buccale est fort intense, ou prédomine, on applique 8 à 10 sangsues aux angles de la mâchoire inférieure ou sur le point correspondant au siége de la maladie, puis on prescrit des gar-

garismes, tels que décoctions de guimauve, d'orge, de pavots, coupées avec du lait ; on favorise la résolution par des pédiluves chauds, des cataplasmes émollients, des fumigations adoucissantes. On recommande en outre de tenir la tête bien chaudement, et on conseille une alimentation liquide et d'une douce température.

Dans la forme couenneuse, appelée par Bretonneau *diphthérite buccale*, indépendamment des moyens dont il vient d'être fait mention, on promène à la surface de la muqueuse un pinceau trempé dans un mélange de parties égales de miel rosat et d'acide hydrochlorique.

L'alun, réduit en poudre, délayé dans un peu d'eau, se donne aussi avec avantage. Si on observe des ulcères, on les touche avec le nitrate d'argent terminé en pointe.

Dans la forme pultacée, les gargarismes acidulés avec l'acide hydrochlorique sont avantageusement prescrits, en même temps qu'on enlève avec de la charpie la matière caséiforme.

Lorsque la stomatite est devenue gangréneuse, ce qui se voit rarement ici, une solution de chlorure de soude, coupée avec une décoction de quinquina, semble alors le mieux la combattre. Il faut en même temps enlever les lambeaux avec des pinces, puis éponger les parties affectées avec de la charpie imbibée de suc de citron ou d'acide sulfurique dilué. Les ulcérations succédant aux eschares guérissent sous l'influence des efforts de la nature.

Dans la stomatite mercurielle, nous employons les antiphlogistiques et la saignée même, s'il y a forte réaction, les sangsues, les gargarismes et les collutoires émollients, les décoctions de guimauve, auxquelles on ajoute quelques narcotiques, des figues grasses, la pâte de guimauve placée entre les dents, les vapeurs émollientes dirigées dans la bouche. On favorise en outre la sortie du poison par les voies d'exhalation et de sécrétion, par le séjour au lit, une température douce et uniforme, des boissons chaudes et abondantes.

Ce n'est qu'après avoir combattu l'élément inflammatoire que nous recourons aux différents astringents, tels que décoction de quinquina, écorce de grenadier, sulfure de potasse, sulfate de zinc, etc. C'est alors seulement que ces moyens semblent opérer tout le bien qu'on peut en attendre.

Angines gutturale et laryngée. — Ces affections catarrhales se rencontrent très-fréquemment, notamment pendant les saisons froides et humides ; mais pour l'ordinaire elles cèdent promptement à un traitement bien dirigé. Ainsi, la saignée générale est

rarement nécessaire : les sangsues répétées selon l'intensité phlegmasique, les cataplasmes émollients autour du cou, des vapeurs émollientes dirigées vers le cou et dans le fond de la gorge, des bains de pieds sinapisés, des boissons légèrement laxatives, une température douce et uniforme ; tels sont les moyens qui triomphent ordinairement de ces sortes d'affections. Il arrive que l'angine coïncide, certaines années, avec des symptômes bilieux ou saburraux : cette complication a été spécialement observée alors que les évacuants des premières voies furent administrés avec succès contre les autres maladies régnantes. C'est alors aussi qu'un vomitif ou un éméto-cathartique fit disparaître, comme par enchantement, et les symptômes saburraux de l'appareil digestif, et ceux inflammatoires de la gorge et du larynx.

La laryngite œdémateuse ne se manifeste que rarement.

Croup. — Le croup a régné dans nos localités sporadiquement et épidémiquement : on a remarqué qu'il survenait particulièrement dans les saisons froides et humides, alors surtout qu'on observait des variations brusques et fréquentes de température.

Il arrive que le croup est confondu avec le catarrhe laryngé ; ce qui doit être attribué à ce que l'on croit assez souvent que la toux croupale est l'indice de la sécrétion pelliculaire, tandis qu'elle est l'expression de toute inflammation aiguë du larynx chez les enfants. Voici, dans tous les cas, le traitement qui nous a paru le plus approprié à la nature de cette affection, que nous considérons, avec M. Andral, comme une altération des liquides amenant le développement des pseudomembranes.

L'existence de l'affection croupale, qui est promptement mortelle, une fois reconnue, on combat successivement les divers éléments dont elle se compose. Ainsi, pour abattre la phlogose, on débute, chez l'adulte, par la saignée générale, ainsi que chez les enfants robustes, lorsque l'on juge que toute l'étendue des bronches participe à la phlegmasie. Immédiatement après, on applique un nombre plus ou moins considérable de sangsues au-devant du larynx, suivant le degré d'inflammation, l'âge et la constitution. Les sangsues tombées, et le sang ayant abondamment coulé, des pédiluves, des maniluves, des sinapismes aux extrémités inférieures, secondent les émissions sanguines. Si ces antiphlogistiques ne peuvent enrayer la marche du mal, on administre, pour combattre l'altération générale, le tartre émétique à haute dose, ainsi que les préparations mercurielles ; puis, pour combattre l'élément mécanique, on recourt au tartre émétique, à dose vomitive, répété toutes les 24 heures. On a soin de maintenir l'appartement du malade à une température

douce; on y dégage constamment des vapeurs tièdes, émollientes. Les boissons doivent être mucilagineuses. A la fin, ou lors de la convalescence, nous recommandons d'entretenir pendant quelque temps un vésicatoire sur les membres supérieurs, comme une mesure de précaution.

La complication nerveuse, qu'on a vue rarement, a été traitée par les bains tièdes, l'assa fœtida, les lavements, le musc uni à l'opium. Tel est le traitement qui nous a valu quelques succès.

Bronchite. — Cette phlegmasie catharrale est encore une affection qui s'associe à celles qui règnent ici communément pendant toute l'année, mais particulièrement dans les saisons froides et humides avec température variable; elle affecte la plupart des hommes plusieurs fois dans le cours de leur vie. Ordinairement sporadique, on la voit cependant, sous l'influence de certaines constitutions médicales, régner épidémiquement : elle se montre à l'état aigu et à l'état chronique.

Bronchite aiguë. — Généralement on guérit aisément la bronchite aiguë, dans nos localités, par des boissons émollientes, la diète, des bains de pieds, en évitant une température froide, et en tâchant de provoquer un mouvement fluxionnaire vers la peau, au moyen des infusions théiformes, quand l'affection est légère. Lorsqu'elle est intense, on prescrit la saignée générale; d'autres fois une application de sangsues, des boissons gommeuses; vers le déclin, quelques laxatifs. Quand la toux est fatigante, revenant par quintes, on ajoute quelques narcotiques aux potions gommeuses.

Lorsque la phlegmasie occupe les dernières ramifications bronchiques, et que la dyspnée est alors assez prononcée, on répète la saignée, dans certaines circonstances, trois, quatre, jusqu'à cinq fois.

Aux enfants, nous donnons avec avantage des vomitifs administrés à des intervalles assez rapprochés : le sirop d'ipécacuanha se prescrit de préférence.

Aux vieillards, nous administrons avec succès le tartre émétique à dose réfractée, à l'effet d'augmenter la sécrétion cutanée, qui est pour ainsi dire nulle chez eux.

Bronchite chronique. — Lorsque le catarrhe est chronique, qu'il consiste dans un flux muqueux opaque, plus ou moins abondant, sans coïncidence de fièvre et de symptômes de congestion pulmonaire, les vésicatoires volants, les infusions légèrement excitantes, celles d'hysope, de sauge, de véronique; les balsamiques, le baume de Tolu, celui du Pérou, les amers, la décoction de lichen d'Islande, etc., s'emploient tour à tour avec bon-

heur. On cherche en même temps à calmer la toux par les opiacés, la thridace, la morphine, l'extrait de jusquiame, de belladone, pourvu qu'il n'existe pas de disposition inflammatoire.

Nous observons parfois une forme de bronchite aiguë par ses symptômes et chronique par sa durée : les saignées, les émollients, la chaleur, la pommade stibiée, les dérivatifs sur le canal intestinal, sont alors les armes au moyen desquelles nous tâchons de la résoudre.

Si le catarrhe est survenu à la suite de quelque sécrétion supprimée, on rappelle l'affection primitive, si cela est possible; sinon on y supplée par un exutoire.

Pleuro-pneumonie et pneumonie. — Nous avons très-souvent à traiter des pleuro-pneumonies et des pneumonies graves: malheureusement on invoque bien des fois les secours de l'art lorsque le poumon est déjà passé à l'état d'hépatisation. Le mode de traitement qui nous a semblé le mieux réussir consiste dans la prescription de saignées générales répétées, suivies quelquefois de l'application d'un nombre plus ou moins grand de sangsues, dans l'administration du tartre émétique à haute dose. Les cataplasmes émollients, les potions pectorales adoucissantes, une température modérée, la diète, les boissons tièdes et douces, à la fin, les minoratifs ; tels sont les moyens dont les succès viennent justifier, si le mal est encore susceptible de résolution, leur application.

Dans les pneumonies chroniques, indépendamment des moyens énoncés, on entretient un cautère ou un séton sur le côté correspondant au poumon malade; on y applique fréquemment des vésicatoires volants, et, dans quelques circonstances, le tartre émétique à dose altérante se donne encore avec quelque efficacité.

Coqueluche. — Dans cette affection, particulière à l'enfance, et que nous avons vue dans tous les temps et sous toutes les températures, quoique plus fréquente, selon les auteurs, au printemps et en automne, nous tâchons de diriger le traitement contre les deux éléments (inflammatoire et nerveux) qui se traduisent par des symptômes caractéristiques. Ainsi, dans la première période, nous appliquons le traitement de la bronchite aiguë, et nous nous sommes bien trouvé, dans la pluralité des cas, de l'administration, tous les deux ou trois jours, d'un vomitif, lorsque l'état des voies digestives ne s'y oppose pas. La violence des quintes diminue sous l'influence de ce moyen.

Dans la deuxième période, les émollients, l'extrait de bella-

done, l'opium, la pommade stibiée en frictions sur l'épigastre, ont tour à tour réussi à diminuer la toux.

A la fin de la coqueluche, les toniques, tels que le sirop de quinquina, de gentiane, de rhubarbe, de polygala, les frictions sèches, etc., concourent à hâter la résolution. Le traitement se modifie d'ailleurs suivant la nature de la complication.

Phthisie pulmonaire. — La phthisie pulmonaire exerce dans notre canton des ravages assez multipliés : elle appartient aux affections qui donnent le plus grand nombre de décès. Quant à l'opinion émise par quelques auteurs, qu'il existe un antagonisme entre les fièvres intermittentes et la phthisie tuberculeuse, nous pensons que ces deux maladies ne se combattent pas mutuellement et que l'une n'opère pas la destruction du germe de l'autre.

Le traitement qui nous a paru le plus propre à améliorer l'état de ces malades et à éloigner l'issue fatale de cette désolante affection est le suivant :

Nous employons les émissions sanguines avec beaucoup de modération; nous prescrivons une alimentation nourrissante et analeptique, mais non stimulante; tout ce qui peut amener de l'irritation, nous le défendons strictement. Pour médicaments, nous ordonnons : le looch blanc de Paris, auquel on ajoute une once d'huile de ricin, s'il y a constipation, pour amener un dévoiement modéré et continu ; l'huile de foie de morue, l'extrait de belladone uni à la digitale, celui d'opium combiné au baume de Tolu, l'émétique à petites doses et à plusieurs reprises, etc. S'il y a bronchite, indépendamment de ces moyens, nous prescrivons, pour combattre la fièvre hectique, le sulfate ou l'hydro-ferro-cyanate de quinine uni à l'opium. Les vésicatoires volants entretenus, la pommade stibiée, l'emplâtre de poix de Bourgogne stibié, les cautères sous les clavicules, favorisent puissamment ce traitement ; toutefois, les révulsifs sont nuisibles aux jeunes sujets atteints de ces phthisies sèches où l'expectoration est presque nulle, où la maladie marche rapidement, et où les soins le mieux dirigés restent sans effet contre la fièvre, qui donne alors la mesure de la rapidité des progrès destructeurs du mal.

Lorsque l'on a obtenu un amendement par les moyens énumérés ci-dessus, la gelée de lichen d'Islande, l'extrait de quinquina, du bouillon de mou de veau, coupé avec du lait d'ânesse, etc., s'administrent souvent avec succès.

Au troisième degré, pour prévenir les accès de suffocation et la fonte colliquative, on a recours avec quelque utilité aux

potions diffusibles, telles que les sirops excitants et toniques, ceux de quinquina, d'écorces d'orange, auxquels on ajoute un peu de sirop d'éther.

Souvent nous avons prescrit l'huile de foie de morue avec succès : son emploi a suspendu pour un temps assez prolongé la marche de l'affection tuberculeuse. Ces bons résultats ont été constatés chez les sujets lymphatiques, alors surtout que le remède était administré dans le principe du mal.

Hypertrophie du cœur. — C'est une de ces maladies que l'on rencontre fréquemment dans nos contrées, et pour laquelle malheureusement les secours ne sont invoqués généralement que lorsque le mal est déjà au-dessus des ressources de l'art. (Suivant le docteur Martens, après quarante ans, les phosphates de magnésie et de chaux augmentent successivement dans le tissu du cœur.) Le rétrécissement des orifices du cœur, résultat d'une phlegmasie chronique, les prédispositions par l'âge, les causes morales, nous ont paru être les principes fréquents de cette affection éminemment grave. La forme excentrique du cœur droit nous paraît être celle qui se rencontre le plus communément dans nos localités.

Traitement.—Si le sujet n'est pas jeune ou pléthorique, comme la maladie compte déjà une durée plus ou moins longue lorsque notre ministère est invoqué, nous recourons aux émissions sanguines avec modération : nous nous en abstenons entièrement quand la diathèse séreuse est établie. Cependant, au début de l'infiltration, la saignée se pratique encore avec succès pour combattre la dyspnée et les palpitations. D'une autre part, nous entretenons un cautère sur la région du cœur, et tour à tour le nitre, la digitale, l'infusion de feuilles de laurier-cerise, les préparations de scille maritime, l'acétate de potasse, les purgatifs drastiques contre la leucophlegmasie, s'administrent avec des résultats plus ou moins avantageux. Tel est le traitement qui nous a paru le plus propre à prolonger la vie des individus atteints d'altérations organiques du cœur.

Appareil digestif. — Parmi les affections de l'estomac, les inflammations franches sont très-rares, tandis que de légères irritations, les troubles fonctionnels connus sous les dénominations d'embarras gastrique, de dyspepsie, de gastralgie, de gastrodynie, sont par contre très-fréquents. Les antiphlogistiques, les rafraîchissants, les vomitifs, parfois suivis, dans certains cas, de légers toniques, sont les moyens qui font communément disparaître les faibles irritations gastriques, ainsi que les embarras du même organe.

Gastralgie, gastrodynie. — Les névroses gastriques que l'on rencontre ici varient de caractère : tantôt on les observe par éréthisme, tantôt par atonie, d'autres fois par une perversion nerveuse qui ne tient ni de l'un ni de l'autre ; enfin on rencontre de temps à autre la gastralgie compliquée de gastrite chronique. Quoi qu'il en soit, les névroses par atonie sont les plus communes et dépendent en général de causes débilitantes, telles que l'allaitement prolongé, l'usage d'aliments relâchants, de boissons tièdes, etc., etc., etc.

Dans les cas d'une douleur excessive, quand le sujet est pléthorique, la saignée générale se prescrit avec avantage. D'autres fois les sangsues appliquées sur la région épigastrique produisent de bons résultats. Les émissions sanguines sont suivies des mêmes succès quand la gastralgie est précédée de la suppression d'une hémorrhagie habituelle.

Le régime forme une partie importante du traitement : *Qui regiminis diœtetici legibus se obligari nolunt, aut nequiunt, œgerrime cardialgia consanescunt.* (SCHMIDTMANN.)

Les gastralgies qui portent l'empreinte de la faiblesse réclament de légers toniques auxquels on associe les sédatifs : l'opium, le sirop de morphine, l'extrait de jusquiame, celui de belladone, l'eau de laurier-cerise, le sulfate de morphine par la méthode endermique, l'emplâtre de thériaque saupoudré de 10 à 12 grains de morphine, le sous-nitrate de bismuth uni à la magnésie et à l'opium ; tels sont les médicaments auxquels on recourt tour à tour pour dissiper les fortes douleurs.

Dans la gastralgie accompagnée de vomissements, on joint avantageusement la rhubarbe à la magnésie ; on emploie également, dans ces cas, l'eau de Vichy, la potion anti-émétique de Rivière, la poudre aérophore, la glace ingérée par cuillerées à café. Tout en faisant usage de ces moyens, on tâche de détruire les causes qui ont provoqué le mal.

On ne s'adresse aux révulsifs externes, tels que vésicatoires, sinapismes, que lorsque la névrose est sous la dépendance d'un rhumatisme qui s'est fixé sur l'estomac.

Aux personnes éminemment nerveuses et délicates, on est souvent obligé, pour combattre la douleur, de prescrire l'opium à dose assez élevée, au point d'en administrer jusqu'à un grain de 2 heures en 2 heures, sans qu'on observe des symptômes de narcotisme.

Dyssenterie.—Comme la commune de Heyst-op-den-Berg a été ravagée à diverses époques par des épidémies de dyssenterie ; comme cette localité et les communes environnantes ont payé

leur tribut au fléau en 1780, en 1794, en 1818, et en dernier lieu en 1834 ; comme, à cette époque, l'auteur de ce travail a observé sur le théâtre de l'épidémie et traité un grand nombre de dyssenteriques pris dans toutes les conditions, il fera connaître le traitement qui lui a paru le plus efficace dans le traitement de cette phlegmasie intestinale.

Rarement la saignée générale fut employée, mais les émissions sanguines locales : on appliquait 20 à 25 ou 30 sangsues, tantôt à l'anus, tantôt sur l'abdomen, à l'endroit où la pression réveillait la douleur, qui occupait ordinairement les régions iliaques ou l'hypogastre. Ensuite on prescrivait avec avantage les cataplasmes, les fomentations tièdes et les bains, alors surtout qu'on les entourait de toutes les précautions requises. On administrait à l'intérieur des potions gommeuses opiacées, et on prescrivait plusieurs fois dans la journée des quarts de lavements amylacés auxquels on ajoutait 1/4 ou 1/2 grain d'opium. A quelques malades qui ne pouvaient supporter les potions gommeuses, on donna le laudanum de Sydenham. Les uns en prirent 6 à 8 gouttes; d'autres jusqu'à 10 gouttes toutes les heures, et l'auteur de ce mémoire n'a eu qu'à se louer de son efficacité. Il a administré à quelques malades l'albumine en lavements et en potions ; mais il n'a obtenu de succès qu'en y ajoutant de l'opium. Ensuite il eut recours aux sinapismes sur les extrémités inférieures, aux frictions sur la colonne vertébrale. Une décoction d'orge, de riz ou de chiendent, était la boisson ordinaire. Tel est le traitement qui a été employé avec le plus grand avantage.

L'auteur n'a pas observé que l'opium produisît des symptômes de narcotisme, quoique souvent il fût donné à dose élevée. Dans tous les cas où il l'employa après les émissions sanguines convenablement opérées, il en a obtenu constamment des secours prompts et efficaces. Toutefois il ne prétend pas que tel serait l'effet de l'opium dans toutes les épidémies, dont le génie à coup sûr n'est pas toujours le même.

Coliques et diarrhée. — Ces états morbides se rencontrent tous les jours, et n'offrent en général point de gravité. On obtient, contre les coliques, de bons résultats de l'emploi des adoucissants simples, ou associés aux opiacés, aux antispasmodiques : les bains, les cataplasmes émollients, les lavements, sont, dans quelques cas, nécessaires pour faire disparaître ces affections.

La diarrhée se combat très-bien par les antiphlogistiques, les adoucissants, les bains tièdes, les cataplasmes émollients, par l'application de sangsues à l'anus, par les potions gommeuses

opiacées, les lavements amylacés, contenant 6, 8 ou 10 gouttes de laudanum liquide de Sydenham.

Parfois la diarrhée se développe sous l'influence de causes débilitantes, comme à la suite de l'usage d'aliments de mauvaise nature, et pendant des temps pluvieux. Tantôt elle survient chez des sujets faibles, lymphatiques, peu irritables. Dans cette occurrence, nous n'insistons pas sur le traitement antiphlogistique, s'il ne remédie pas immédiatement au mal ; nous employons avec plus d'avantage un traitement un peu plus stimulant. Ainsi, l'ipécacuanha en poudre à dose très-réfractée, ou une macération de ce médicament à froid, les décoctions de l'écorce du Pérou, de simarouba, de colombo, auxquelles on ajoute de l'opium, produisent d'excellents effets.

Fièvre typhoïde. — Cette maladie grave a régné à différentes reprises dans nos localités sporadiquement et épidémiquement. Quant au traitement, nous ne sommes partisan d'aucune méthode exclusive ; nous l'avons toujours subordonné à l'ensemble des symptômes, aux circonstances individuelles, à la lésion organique prédominante et à l'époque de la maladie.

Soustraire le malade aux causes infectantes par la propreté de tout ce qui l'entoure, les changements fréquents de *literies*, le renouvellement de l'air, et les fumigations de chlore ; telle est la première indication que nous tâchons constamment de remplir. Si la réaction est forte, et que des congestions se portent vers les principaux organes, nous faisons une ou deux saignées générales chez les sujets jeunes et pléthoriques. Quant aux individus faibles, nous préférons l'application d'un nombre plus ou moins grand de sangsues ; nous prescrivons alors les rafraîchissants acidulés, les décoctions d'orge, d'avoine, les jus d'orange et de citron, l'acide tartareux, l'acide sulfurique dilué.

Dans quelques cas, nous avons rencontré des signes d'embarras gastrique au début de la maladie, et alors nous n'avons pas hésité à administrer les purgatifs, les sels neutres : nous portons surtout notre attention vers le tube digestif, et nous tâchons de calmer ou de prévenir *l'entérite* consécutive par les émollients à l'intérieur et les lavements de même nature, par l'application de cataplasmes, souvent renouvelés, sur l'abdomen, parfois en y appliquant des sangsues, si l'entérite devient manifeste. Le malade prend pour boisson de l'eau froide. La révulsion sur les extrémités inférieures par les sinapismes, à l'effet de prévenir ou de combattre les congestions pulmonaires ou encéphaliques, n'est jamais négligée. Lorsque des symptômes positifs d'une asthénie réelle surviennent chez des sujets épuisés, lan-

guissants, en proie à des spasmes (ce sont les cas que l'on rencontre ici le plus rarement), alors nous prescrivons le kina, l'arnica, le camphre, le musc, l'alcali volatil, qui nous paraissent provoquer une secousse suivie de réaction et d'évacuations salutaires, qui relèvent l'action nerveuse et fortifient le mouvement vital. Si des signes d'une débilité plus grande, et surtout ceux de la fièvre putride, se présentent, alors nous recourons à tous les remèdes toniques excitants indiqués dans cette affection, tels que le quinquina, l'arnica, le camphre, *spiritus Mindereri*, vésicatoires à la nuque, aux membres, la glace sur la tête : heureusement ces cas graves ne s'observent que très-rarement dans nos contrées.

Vers le déclin de la maladie, on s'attache autant que possible à favoriser les sécrétions de la peau et des reins par des boissons abondantes, des frictions sèches sur tout le corps, et par des lavages d'oxycrat : quelques grains de sulfate de quinine nous paraissent produire de bons effets. Tel est le traitement que nous regardons comme offrant le plus d'avantages : toutefois, cette médication subit des modifications en raison des états organo-pathologiques.

Rhumatisme articulaire. — C'est un mal très-répandu dans nos contrées : on l'observe plus particulièrement à l'état chronique.

État aigu. Quoique la coexistence de l'endocardite, signalée par Bouillaud, ait été souvent constatée, le traitement suivant n'en a pas moins procuré des guérisons solides.

Au début, et chez des individus jeunes et pléthoriques, une ou deux saignées générales paraissent indiquées. Ensuite on prescrit le repos et l'immobilité ; on maintient autour du malade une température douce et uniforme ; on applique des cataplasmes émollients laudanisés, que l'on porte successivement sur les articulations gonflées, et l'on donne des boissons adoucissantes en abondance. Les premiers jours, le malade est soumis à une diète absolue. Dans quelques circonstances, on prescrit avec avantage une légère infusion aromatique avec un peu d'esprit de Mindérérus. Après avoir obtenu une amélioration dans les symptômes, on recommande une nourriture légère et lactée, un ou deux bains : nous préférons les bains de vapeur, qui font un bien immense. A la fin, nous prescrivons quelques grains de sulfate de quinine. Ce traitement, justifié par les succès obtenus, est celui que nous préférons à tout autre.

Etat chronique. On a constaté de très-bons effets de l'administration de l'huile de foie de morue dans le rhumatisme articulaire chronique. On obtient aussi des succès divers, selon les

circonstances, de l'emploi des sangsues. Rarement les ventouses, les vésicatoires, les moxas, les liniments camphrés, volatils, cantharidés, éthérés ; les bains simples, gélatineux, excitants, sulfureux ; les sudorifiques avec les quatre bois, les boissons chaudes aromatiques, la poudre de Dower, etc. ; le vin de semences de colchique, donné à la dose de plusieurs gros par jour, ou la teinture à celle d'un gros, nous ont paru favorablement modifier le rhumatisme articulaire, soit aigu, soit chronique.

Les soins hygiéniques étant d'une indispensable nécessité, et la température exerçant sur le traitement une influence remarquable, on recommande aux malades de vivre autant que faire se peut au milieu d'une atmosphère chaude et sèche ; d'appliquer sur la peau ou sur les parties affectées des corps idio-électriques, tels que le coton, la flanelle, le taffetas gommé. Ensuite on conseille des vêtements chauds, un exercice modéré, une habitation exposée au midi ou au levant.

Fièvres intermittentes. — Quoique les fièvres d'accès aient diminué depuis quelques années, néanmoins elles doivent être comptées encore parmi les affections que l'on traite fréquemment dans nos contrées : elles sont endémiques à l'extrémité orientale de la commune de Heyst-op-den-Berg, où le sol est bas, humide et paludéen, et où l'on observe sur quelques points des étangs marécageux renfermant fréquemment des substances végétales en putréfaction. Pendant les chaleurs, l'atmosphère qui les entoure s'imprègne des miasmes qui se dégagent de ces eaux croupissantes : cet air épais et méphitique cause souvent des céphalalgies violentes, des vertiges, parfois des vomissements ; tous symptômes précurseurs de fièvres d'accès.

Les fièvres tierces paraissent être les plus communes ici : viennent ensuite les doubles tierces et les quotidiennes ; les quartes attaquent surtout les constitutions molles en automne. Parmi les fièvres intermittentes pernicieuses, l'apoplectiforme est celle que l'on rencontre ordinairement. La forme *algide*, si bien décrite par le célèbre Torti, a été observée deux fois par l'auteur.

Le traitement le plus généralement couronné de succès consiste dans l'administration du quinquina, plus spécialement du sulfate de quinine et de l'hydro-ferro-cyanate de quinine précédés : 1° d'une ou de deux saignées générales, lorsque la fièvre d'accès est compliquée d'un état inflammatoire non circonscrit, ce qui se voit fréquemment, au printemps, chez les jeunes personnes pléthoriques, chez lesquelles la saignée et un régime approprié amènent souvent la guérison de la fièvre ;

2° d'une application de sangsues à l'estomac, lorsqu'elle est compliquée d'un état inflammatoire circonscrit, d'une irritation gastrique ; 3° de l'administration du tartre émétique à dose vomitive, ou d'un catharto-émétique, lorsqu'elle se complique d'un état saburral ou bilieux. Aux personnes délicates, nerveuses, nous donnons par préférence le quinquina, auquel on ajoute la valériane.

Dans les fièvres d'accès qui ont pris le caractère pernicieux, le sulfate de quinine à la dose de 20, 25 à 30 grains, se donne tout d'abord, à l'effet de dompter la maladie ; car le danger réside dans la violence du mouvement de concentration du système nerveux. D'ailleurs, outre que le sujet peut périr au milieu d'un paroxysme, chaque accès produit une telle dépense de l'influx nerveux, que les suites les plus funestes en résultent pour la santé.

L'expérience semble avoir constaté que le fébrifuge à doses réfractées n'a pas une action aussi puissante, à quantité égale, qu'à des doses plus fortes et moins souvent répétées : ainsi, il paraît préférable d'administrer le fébrifuge par quart, par tiers, par moitié, à des distances plus ou moins rapprochées, selon que l'intervalle apyrétique sera plus ou moins long, de manière que la dernière dose soit ingérée deux heures avant le retour présumé de l'accès.

De tous les médicaments fébrifuges, dont il est inutile de parler ici, et qui ont été soumis plusieurs fois par nous au creuset de l'expérience — et en ceci nous croyons être d'accord avec tous les praticiens — le sulfate de quinine est sans contredit celui qui occupe le premier rang.

Maladies exanthémateuses. — Entre les diverses maladies exanthémateuses que nous avons vues régner épidémiquement dans nos contrées sous l'influence de certaines constitutions atmosphériques, nous citerons la petite vérole, la varicelle, la scarlatine, la rougeole, etc. La plupart du temps, nous sommes parvenu à les combattre efficacement par les soins hygiéniques appropriés, les boissons chaudes, légèrement diaphorétiques, les émollients, les bains généraux ; dans quelques cas, par les révulsifs, l'émétique et la belladone. Les complications exceptées, nous avons été rarement obligé de recourir aux émissions sanguines ; aussi n'avons-nous pas observé ici de ces épidémies pernicieuses qui ont ravagé d'autres contrées.

Phlegmasies cutanées non épidémiques. — Les phlegmasies cutanées, sans être très-rares, ne s'associent cependant pas à celles qui règnent le plus fréquemment dans nos localités. La gale se rencontre cependant assez communément chez les gens malpro-

pres. Parmi les différents traitements propres à combattre cette affection, nous employons le plus souvent la poudre de Pyhorel qui nous réussit parfaitement : il suffit de délayer un demi-gros de sulfure de chaux dans un peu d'huile et de se frotter la paume des mains matin et soir. Au bout de 14 jours, la guérison est ordinairement obtenue.

Lorsque l'éruption vésiculeuse est ancienne, abondante, qu'elle s'accompagne d'un état inflammatoire ; quand le sujet est jeune et pléthorique, nous préludons au traitement par une saignée générale ou par quelques laxatifs secondés de l'usage des bains.

Si le malade est d'une constitution molle, lymphatique, ou est habituellement constipé, on débute par un purgatif. Dans toute autre circonstance, nous opposons le traitement ordinaire, et cela immédiatement.

Chez les enfants, on se trouve bien des lotions avec l'eau de savon et des bains sulfureux artificiels. On administre à l'intérieur des pastilles soufrées à la dose de quelques grains par jour.

Érysipèle. — Cette inflammation cutanée est encore assez commune.

Si la phlegmasie est légère, sans réaction fébrile, quelques boissons délayantes acidulées sont prescrites avec succès. Si l'affection occupe la face, quelques bains de pieds sinapisés viennent à propos. Si un membre en est le siége, le repos, la position horizontale, l'application d'une poudre dessiccative, en triomphent ordinairement. Si la phlegmasie est plus intense et s'accompagne de réaction fébrile, chez un sujet jeune, on pratique immédiatement une saignée, alors surtout que la face ou le cuir chevelu est atteint, ou si l'affection occupe une partie où le tissu cellulaire est abondant. La saignée est souvent répétée chez les individus forts ; et si la tuméfaction de la face est considérable, on applique, après la saignée générale, 20, 25 à 30 sangsues au cou. Une diète sévère, les boissons émollientes acidulées, complètent le traitement.

Quand l'érysipèle coïncide avec un état saburral des premières voies, ce qu'on observe surtout pendant les saisons pluvieuses et lorsqu'on fait un grand usage de viande de porc, le tartre émétique à dose vomitive fait disparaître l'affection et ses symptômes.

L'érysipèle ambulant exige qu'on porte son attention sur les différents viscères, particulièrement sur les membranes séreuses. C'est alors que la disposition inflammatoire nous oblige à recou-

rir à la saignée, à l'administration des laxatifs, si l'état du tube digestif ne les contre-indique pas. L'application d'un vésicatoire au centre même de l'érysipèle a modifié heureusement, dans quelques circonstances, la nature de l'inflammation; toutefois, dans certains cas, nous avons aggravé le mal par ce moyen.

Hydropisie.—L'hydropisie, dont souvent les causes échappent aux investigations les plus minutieuses, est une maladie assez fréquente dans le cercle de notre pratique. Pour diriger convenablement le traitement, on tâche de remonter à la cause, si cela est possible. Si elle dépend d'une excitation du système artériel, consécutive à une augmentation d'exhalation séreuse, ce qui constitue l'hydropisie de Bouillaud, par exemple à la suite de la suppression subite de la transpiration ou d'une fièvre exanthématique, la saignée générale, les bains, le nitrate de potasse, à dose parfois assez élevée, répondent parfaitement à notre attente.

Si l'hydropisie est due à un obstacle à la circulation veineuse, si elle devient passive, c'est-à-dire si elle est la conséquence d'une diminution d'absorption (et c'est cette espèce d'ydropisie qu'on rencontre ici le plus fréquemment), nous la combattons, tout en ne perdant pas de vue l'affection principale, au moyen de diurétiques et de purgatifs drastiques, tels que les résines de jalap, de scammonée, etc., etc. Voici une potion, dite de Quarin, à laquelle nous recourons avec beaucoup d'avantage :

R.: Fol. senn. . . . . ℥v;
Inf. in aq. bull. S. Q. ad. . . ℥vj;
Adde: sulfat. sod. . . . . ʒvj;
Nitrat. potass. . . . . ʒvj;
Oxymell. scill. . . . . ℥js;
Syrup. rham. cathart. . . . ℥ij.

Lorsque l'affection est symptomatique d'une péritonite chronique, et que l'on ne peut obtenir la résolution de la phlegmasie séreuse, ce à quoi l'on arrive cependant, dans quelques cas, par l'administration des mercuriaux, on tâche de contrebalancer l'excès d'exhalation et le défaut d'absorption par l'emploi de diurétiques, de diaphorétiques, parfois de l'ipécacuanha, en provoquant ainsi, tous les deux ou trois jours, le vomissement; bien entendu si l'estomac est dans un état normal.

Si l'épanchement se développe à la suite d'une fièvre intermittente, et qu'il n'existe point de péritonite, alors on le combat efficacement par le quinquina, le sulfate de quinine, les toniques, les ferrugineux associés à quelque diurétique.

Scrofules.—Cette affection, sans être fréquente ici, se présente

sous toutes les formes. Le traitement est éminemment difficile chez la plupart de ces malheureux, que rarement on peut soustraire à l'influence des causes délétères et entourer des précautions hygiéniques convenables; toutefois, nous avons enregistré de beaux succès dus à l'éclectisme et à la médecine d'indication, secondés par la mise à profit de tous les moyens propres à conforter la santé. Nous rendrons compte de ces cas dans un autre travail.

Les principaux correctifs que nous dirigeons contre la dyscrasie constitutionnelle sont, outre les purgatifs, les amers, les martiaux, différentes préparations d'iode, telles que l'iodure de fer, l'iodure de potasse et de plomb, etc., l'huile de foie de morue et l'hydro-ferro-cyanate de fer. Nous préférons l'iode chez les tempéraments éminemment lymphatiques, torpides, où le tissu adipeux abonde, à face engourdie, large, épatée, et nous administrons de préférence les amers combinés avec les martiaux chez les scrofuleux à éréthisme nerveux.

Concurremment avec les remèdes internes, nous prescrivons aux scrofuleux, autant que faire se peut, l'exercice, la gymnastique, appropriés aux forces des malades, la propreté, les vêtements secs et chauds, les frictions aromatiques, les bains frais, puis froids, des logements vastes, bien aérés, l'exposition au soleil, des aliments nutritifs, des viandes rôties, le vin, la bière brune, en un mot tout ce qui peut concourir à développer l'énergie des appareils nutritifs et locomoteurs.

Les tumeurs blanches de nature scrofuleuse sont fréquentes. Chez les sujets très-lymphatiques, nous commençons le traitement par la prescription de quelques purgatifs qui débarrassent l'économie des humeurs lymphatico-dyscrasiques qui surabondent. Ensuite, indépendamment d'une habitation convenable et des conditions hygiéniques nécessaires, nous ordonnons à l'intérieur 1/16e à un 1/4 de grain d'iodure de fer, deux fois par jour, et des frictions sur la tumeur avec la pommade d'iodure de potasse ainsi formulée :

Pr. : Axung. porci. . . . . ℥j;
Iodur. potassii. . . . . ʒj;
Ext. cicutæ. . . . . ʒj.
M. F. ung.

et on recourt encore successivement aux vésicatoires volants, aux bains alcalins sulfureux, aux cautères, aux moxas.

Dans les caries scrofuleuses, la compression, les injections avec des préparations d'iode, et l'administration de l'huile de foie de morue, nous ont valu des succès éclatants.

Nous avons constaté maintes fois des résultats auxquels on ne s'attendait guère, dans le rachitisme, le carreau, dans les rhumatismes chronique et pelvien des femmes enceintes, par l'administration de l'huile de foie de morue longtemps continuée : nous venons d'indiquer les moyens principaux dirigés contre cette affection malheureusement trop fréquente dans nos contrées.

Affections vermineuses.—Comme il est d'observation que, dans toutes les contrées, les sujets lymphatiques, les enfants et les individus soumis à l'influence prolongée d'un mauvais régime et de l'humidité, sont particulièrement prédisposés aux vers intestinaux, communément aux lombrics et aux ascarides; que d'ailleurs un grand nombre de substances connues par tous les praticiens peuvent détruire et expulser les entozoaires, l'auteur croit inutile d'en faire mention ici.

MÉMOIRE SUR L'ICTÈRE;

Traduit du hollandais par M. Joseph Ossoeab.

Quoique l'ictère ne soit réellement qu'un symptôme, il est cependant, et à juste titre, l'objet de l'attention des médecins, aussi bien que s'il constituait une maladie proprement dite. Considéré comme maladie, l'ictère devrait être rangé parmi celles dont la forme apparaît de la manière la plus évidente; envisagé comme symptôme, son étiologie est souvent obscure. L'ictère est loin de dépendre toujours des mêmes causes; elles peuvent, au contraire, être très-diverses. Il peut survenir à la suite d'une émotion de l'âme, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer dernièrement, et il peut être aussi bien le résultat d'un trouble dans les fonctions du foie que de modifications et de dégénérescences survenues dans le tissu même de cet organe. La cause de l'ictère doit, dans d'autres cas, être rapportée à un organe autre que le foie, mais qui cependant est en corrélation avec ce dernier.

Pendant mon séjour au grand hôpital à Utrecht, j'ai eu fréquemment l'occasion de rencontrer la jaunisse, et je l'ai toujours fait avec une attention toute particulière. Depuis lors, j'ai pu assez souvent, et à des époques très-rapprochées, l'étudier dans ces contrées; c'est ce motif ainsi que des cas mentionnés par la *Gazette des Hôpitaux* qui m'engagent à traiter ce sujet. Les observations du docteur Rostan l'ont amené à des réflexions

qui s'accordent assez bien avec ma manière de voir ; je citerai quelques-uns des faits rapportés par ce médecin. Je publierai en outre quarante cas environ d'ictère recueillis par moi, ou par mes soins, en y ajoutant les remarques qu'ils m'ont suggérées.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié sur l'ictère deux articles dus à la plume du docteur Rostan (1). Dans le premier, l'ictère est envisagé en quelque sorte sous le point de vue de la nosologie ; dans le second, au contraire, c'est sous le rapport de la thérapeutique.

L'ictère, quelle qu'en soit la cause, est l'effet du mélange du principe colorant de la bile avec le sang ; cette matière colorante, arrivée dans le torrent circulatoire, est déposée dans les tissus : la peau est colorée avant les autres parties du corps ; ce qui fait que son inspection fournit le premier signe de l'existence d'une altération morbide dont la coloration jaune n'est qu'un symptôme. Soit que l'on admette le passage dans le sang de la bile après sa formation ; soit que l'on pense, avec quelques auteurs, que certains principes nécessaires à cette formation sont retenus dans le sang, toujours est-il que les phénomènes qui sont les conséquences de cet état anormal, et la diversité des symptômes auxquels il donne lieu, doivent également fixer l'attention. Ce changement que subit le sang est loin de produire des résultats constants. Tantôt, en effet, la maladie est très-bénigne, et l'économie s'en ressent à peine ; d'autres fois, au contraire, elle est très-grave, voire même mortelle.

Il paraît prouvé que la bile, après son mélange avec le sang (2), produit quelquefois, comme le soutiennent certains auteurs, une diminution de l'innervation qui préside aux fonctions du cœur (3) et des autres organes de l'appareil circulatoire. Partant de cette idée, Rostan se demande si l'action de ce principe de la bile est analogue à celle de la digitale.

L'action de la bile introduite dans le sang d'une manière artificielle, et à titre d'expérience, est plus énergique que dans le

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1842, n° 68, et 1843, n° 98. — *Ictère avec hypertrophie du foie. — Quelques mots sur la nature, les causes et le traitement de l'ictère.*

(2) D'après Rudolphi, la partie séparée de la bile passe dans le torrent circulatoire quand son évacuation par le canal cholédoque est empêchée. Cet effet peut être également produit par les passions de l'âme, par les abus des boissons alcooliques, etc. Dans l'ictère chronique, dans le *morbus niger*, il résulte, du trouble fonctionnel et de la persistance de la maladie, que le sang regorge en quelque sorte de ces parties de la bile qui, dans l'état physiologique, sont destinées à la formation de ce liquide.

(3) Voyez, à ce sujet, *Handb. der Physiologie des Menschen*, von Dr Joh. Müller. 1 B. 1 abth. Bl. 150.

cas où cette introduction est spontanée. Deux gros de bile, injectés dans la veine crurale d'un chien, suffirent à Phillip pour produire la mort de l'animal. Il semble résulter des expériences du professeur J. J. Scherer, à Würzbourg (1), que le sang subit des changements importants à l'apparition et pendant le cours de l'ictère. Les symptômes de la maladie en question sont connus pour la plupart; on n'est pas aussi bien d'accord quant à ses causes. Ce qu'il y a de plus évident, c'est la coloration en jaune de presque tous les tissus, voire même des os, quand la maladie a déjà duré quelque temps. Je me rappelle avoir vu, pendant mon séjour à l'Ecole de chirurgie militaire de Leyde, un squelette entièrement coloré en jaune et qui avait appartenu à un ictérique. Ce squelette, préparé par les ordres de feu le professeur S. J. Brugmans, se trouve peut-être encore dans sa collection (2).

S'il est facile de reconnaître quelques-uns des symptômes qui accompagnent l'ictère, on ne peut pas en dire autant des causes qui le font naître. Abercrombi avance même que la plupart de ces causes sont encore conjecturales (3).

On n'est pas plus d'accord sur les différentes décolorations des matières fécales, qui sont tantôt d'un gris sale, tantôt entièrement blanches, d'autres fois verdâtres ou brunâtres. Cette décoloration est le résultat de l'absence de la matière colorante de la bile. Resterait à savoir quelles sont les causes qui empêchent le flux de la bile dans le tube intestinal.

Rostan attribue cette modification de la sécrétion biliaire à une simple contraction des conduits de ce liquide ; il étaie son opinion sur ce qu'il croit avoir rencontré des couches ou des fibres musculaires dans les parois de ces conduits. Il ajoute que l'innervation a sur ce tissu une action spéciale (4).

Ce mode de contraction invoqué par Rostan est difficile à admettre : on peut en dire autant de cet état spasmodique des viscères abdominaux qui donnerait lieu à l'ictère, On se rendrait plus facilement compte du fait si l'on pouvait constamment attribuer l'ictère à un état inflammatoire du foie qui rendrait

(1) *Chemische und Mikroskopische Untersuchungen zur Pathologie angestellt an den Kliniken des Julius Hospitales zu Wurzburg.* 1843, Blz. 91.

(2) J'ai observé une fois l'ictère chez un chat blanc; les poils étaient colorés en jaune. J'ai vu aussi plusieurs fois le linge jaunir par son contact avec la matière de la transpiration cutanée.

(3) *Pathologikl and pratikl Researches of diseases of the Stomac*, etc. Comparez la traduction allemande de Gerhard von Dem Busch, Brême, 1843, p. 469; traduction fort remarquable par les notes qu'y a ajoutées ce savant.

(4) Voyez aussi *Handbuch der med. Klinik;* von Dr M. E. A. Haumann. 5e Band. S. 277.

impossible, ou du moins qui troublerait la sécrétion biliaire.

Il pourrait résulter de là, comme on l'a prétendu, une obstruction momentanée des conduits biliaires, qui aurait pour conséquence le passage de la bile dans le sang et son dépôt dans les tissus. Cette explication est satisfaisante quand il existe une inflammation ou un état d'irritation qui s'en rapproche; il serait néanmoins peu rationnel d'y recourir dans toutes les circonstances. Les cas d'ictère qui reconnaît une affection morale pour cause infirmeraient d'ailleurs cette opinion (1). Le docteur William Stockes (2) n'ose pas trancher la question : il pense, lui, que l'ictère ne doit pas toujours être attribué à la présence de la bile dans le sang; cependant Chevreul a récemment avancé qu'il a trouvé de la bile dans le sang des ictériques (3). Hunefeld (4) croit que la bile possède la propriété de décomposer ou de dissoudre les globules sanguins en très-peu de temps; Rostan avance, dans ses derniers articles sur l'ictère, que la résorption de la bile peut se faire par inflammation de la surface concave du foie, ainsi que par l'existence de cirrhose et de tumeurs encéphaloïdes. L'ictère qui persiste pendant plus de 12 jours devrait donc dépendre de l'un ou de l'autre vice organique. Abercrombie pense aussi que l'ictère de longue durée provient de maladies anciennes du foie, de dégénérescences, ou d'un autre état morbide des viscères abdominaux. Les observations que j'ai faites à ce sujet ne me permettent pas d'être tout à fait d'accord avec ces auteurs, car les divers cas d'ictère recueillis par moi ont le plus souvent persisté pendant plus de 12 jours. En effet, sur 24 malades, l'ictère a duré : chez 4, 10 jours; chez 9, de 10 à 20; chez 3, de 20 à 30; chez 2, de 30 à 40; chez 1, de 50 à 60; chez un autre, il a persisté pendant 65 jours, dans l'absence de tout vice organique apparent. L'ictère peut aussi tenir à l'inflammation de la membrane muqueuse de l'intestin duodénum, d'où résulterait pour le moment une compression, un resserrement ou une obstruction complète du canal cholédoque : de là le nom d'ictère duodénal donné par Stockes à cette mala-

(1) Pendant le mois de décembre 1845, j'ai observé, à notre clinique, une jeune fille atteinte d'ictère qui reconnaissait pour cause une grande colère.

(2) *Ueber die Heilung der innern Krankheiten*, etc. Deutsch Bearbeitet; von Dr H. J. Behrend, 1e Lief. S. 80.

(3) Ce qui rend probable que la matière colorante de la bile peut exister dans le sang, c'est la couleur jaune que prennent la peau et toutes les sécrétions dans les maladies du foie. Plusieurs chimistes ont démontré l'existence de la matière colorante de la bile dans le sang des ictériques. D'autres l'ont cherchée en vain. *Manuel d'Anatomie générale;* par L. Mandl. Paris, 1843. Comparez aussi à ce sujet : Haumann, *loco citato*, p. 267-270.

(4) *Chimismus in der thieritchen Organisation.* Leipzig, 1840.

die (1). L'ictère pourrait donc aussi naître à la suite de l'irritation du duodénum provoquée par la présence de poisons. Il faut ajouter aussi la compression exercée par la matrice dans les cas de grossesse. Abercrombie, dont nous avons déjà eu occasion de parler, attribue l'ictère à l'existence de calculs biliaires, à l'état inflammatoire du foie, et aux maladies des viscères abdominaux. Il cite aussi l'influence des émotions de l'âme, sans qu'il puisse, dit-il, s'en rendre compte. C'est qu'en effet l'influence des passions sur les fonctions en général, et sur les fonctions de sécrétion en particulier, est un phénomène bien singulier (2) : c'est avec raison que le docteur von Dem Busch fait remarquer, d'après le docteur Marsch, que l'ictère qui reconnaît une cause morale mérite toute l'attention des médecins.

De tous les symptômes de l'ictère, M. Rostan semble avoir particulièrement insisté sur le ralentissement du pouls ; comme lui, j'ai trouvé ce symptôme dans un grand nombre de cas, au moins dans ceux qui offraient de la gravité. Cependant le professeur Haumann ne semble pas en tenir compte. Le docteur C. C. Van Hees, dans sa dissertation *de Ictero, præsertim de illo qui ex calculis biliariis oritur,* etc. ; Traj. ad Rh., 1829, dit : « *Pulsus arteriarum vix, ac ne vix quidem abnormis* » (page 3) ; mais il ne parle nullement du ralentissement du pouls.

Le docteur Stokes parle de ce ralentissement ; mais, d'accord avec Heberden, il pense que la coexistence de ce symptôme avec l'apparition subite d'une douleur vive dans la région épigastrique, ou dans celle de l'hypochondre droit, dénote l'existence de calculs biliaires. Il regarde l'ictère dû à la présence de ces calculs comme signalant une indication particulière, et le met en opposition avec celui qui dépend des inflammations du duodénum. Depuis quelque temps, j'ai plus particulièrement fixé mon attention sur le duodénum ; cependant je ne puis croire à cette génération fréquente de calculs biliaires, et attribuer constamment à leur existence le ralentissement du pouls que j'ai observé. Pendant mon séjour au grand hôpital royal d'Utrecht, j'ai fait plusieurs autopsies, mais chez des militaires (3) : je n'ai jamais

(1) Voyez l'ouvrage cité, p. 84.

(2) *Haec animadversio de novo comprobat quanta sit conspiratio inter mentem et systema hepaticum, et vicissim.* L. J. Schmidtmannn, *Summa observationum medicarum*, vol, II., p. 245.

(3) La rare apparition des calculs biliaires chez les militaires doit-elle être attribuée à la même cause que celle des calculs vésicaux ? D'après Yelloly, les personnes habituées à une vie active étant moins sujettes aux calculs, les militaires, qui sont dans ce cas, doivent donc en être moins affectés. Cette affection n'est pas même connue parmi les militaires russes. Depuis 1811 jusqu'en 1814,

rencontré de calculs biliaires; depuis que je suis ici, je n'en ai trouvé que deux fois : l'un de ces cas a été observé chez un étranger confié à mes soins, et qui n'avait pas présenté d'ictère. Quant au ralentissement du pouls, voici quel a été le résultat de mes observations. Sur 24 malades, j'ai rencontré 19 fois, et souvent d'une manière très-remarquable, un retard dans les pulsations artérielles; le pouls de deux autres malades ne présentait rien d'anormal. Une fois le pouls est descendu à 50, une autre fois à 40 pulsations par minute. Parmi ces malades, 12 avaient des selles tantôt grises, tantôt blanchâtres, argileuses, et les urines de couleur jaune foncée ou verte; une seule fois l'urine laissait déposer des cristaux. M. Stellingwerf, pharmacien à l'hospice du *Binnen Gast-Hues*, a bien voulu examiner les urines d'une femme qui depuis longtemps était affectée d'ictère. Le poids spécifique de ce liquide était de 1012,4, et, huit jours après, de 1012,6 : il contenait, sur 1000 parties, 30-31 parties solides; sa réaction n'était ni acide ni alcaline, et il prenait une couleur verte foncée par l'addition de l'acide nitrique. Depuis le mois d'octobre, outre la femme dont il vient d'être question, trois ictériques appartenant au sexe masculin se sont présentés à mon observation à l'hôpital. Chez deux d'entre eux, l'ictère était accompagné de fièvre, et je n'ai pas eu par conséquent occasion d'observer un ralentissement dans le pouls; mais, chez le troisième, ce symptôme était très-marqué : chez ce dernier, l'ictère a disparu sous l'influence d'une nouvelle maladie dont l'apparition a masqué pour ainsi dire tous les symptômes de la première.

Quant au traitement de cette affection, nous n'avons pas besoin d'en parler, vu qu'il découlera de quelques cas observés par nous et que nous nous bornerons à citer. En général, il dépend de la constitution des malades. Il convient cependant de remarquer que la méthode évacuante nous a le mieux réussi la plupart du temps, et que les laxatifs toniques nous ont paru surtout convenir alors qu'il n'existait aucune irritabilité intestinale.

Obs. I. — J. J. J. H., âgé de 20 ans, né à Gertrudenberg, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'une constitution robuste, avait joui de la meilleure santé jusqu'en 1832, époque

elle n'a été rencontrée aucune fois sur un nombre de 330,000 militaires anglais. Pendant l'espace de 15 ans, on ne l'a observé en Angleterre que 4 fois, et en Irlande 2 fois. Pendant l'espace de 30 ans, l'opération de la lithotomie n'a dû être faite que 5 fois à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, et une fois à celui du Val-de-Grâce. Ceci résulte des rapports de Larrey et de Gama; ce dernier n'a pas eu une seule fois occasion d'observer cette maladie, ni à Paris ni à Strasbourg, pendant 14 ans.

à laquelle il fut affecté d'une fièvre intermittente à type tantôt tierce, tantôt quarte, et qui présentait parfois plusieurs jours de rémission pendant lesquels le malade vaquait à ses affaires. La fièvre dura jusqu'au commencement de l'année 1834, époque à laquelle, d'après les renseignements fournis, des poudres et des pilules de quinine en firent justice. La cessation de la fièvre fut signalée par l'apparition d'un engorgement dans toute la région sus-ombilicale ; mais cet engorgement, d'ailleurs léger, gêna peu le malade, et disparut insensiblement sans le secours d'aucun moyen thérapeutique. Pendant le mois d'octobre de la même année, il dit avoir été atteint d'une maladie très-intense dont il ignore la nature. Depuis lors, sa santé avait été parfaite, lorsque, le 19 novembre 1836, il fut atteint d'ictère : il fut reçu à l'hôpital le 21.

Le 22, coloration en jaune de la conjonctive et des téguments, surtout de ceux du ventre ; pouls plein, un peu dur, mais ne donnant que 59 pulsations par minute ; respiration normale ; langue couverte dans son milieu d'un enduit blanc-jaunâtre, ses bords sont rouges ; saveur pâteuse, peu de soif ; l'appétit se conserve ; l'excrétion des fèces et des urines se fait régulièrement : celles-ci sont jumenteuses et à sédiment rouge briqueté très-abondant. La palpation fait reconnaître un léger ballonnement du ventre et un faible engorgement de la rate et du foie. La prescription suivante fut ordonnée :

Pr. Dec. tamarindorum ;
Extr : rad. gram.
A prendre toutes les heures une petite tasse.

Le 23, pouls lent ; une selle ; urine brunâtre, laissant déposer un sédiment jaunâtre, mucilagineux et très-abondant.

Le 24, les téguments deviennent de plus en plus ictériques, le pouls reste lent, la langue est rouge ; le malade a une selle d'un blanc-jaunâtre ; l'urine est trouble, et son dépôt est jaune et abondant (*Rep. med. cum extra. loco extr. gram.*)

Le 25, même état de la langue, deux selles de couleur normale, pouls lent, petit, mou ; la peau est souple, les urines claires et à sédiment clair-jaunâtre.

Le 27, la langue est blanche ; deux selles, urine claire et d'un jaune-citron, pouls lent. (*Iteret. med.*)

Le 28, langue blanche ; 3 selles ; urine claire et légèrement jaunâtre ; la couleur ictérique de la peau diminue, le pouls reste lent. (*Iter. med.*)

Le 30, la langue est nette ; 3 selles ; urine jaune et claire,

peau moite, pouls lent, diminution de la couleur ictérique de la peau. (*Iteret. med.*)

Le 2 décembre, l'état du malade est beaucoup plus satisfaisant, la peau a presque regagné sa couleur normale ; cependant la couleur jaune de la conjonctive persiste. Le même jour, l'ictère ayant presque entièrement disparu, le malade fut transporté au quartier des vénériens, à cause de l'apparition d'ulcères syphilitiques sur le pénis.

Obs. II. — P. K., né à Herkingen, âgé de 20 ans, a exercé de bonne heure la profession de garçon batelier ; il est d'un tempérament lymphatique sanguin, et présente un grand développement du système osseux et musculaire. Entré au service de l'armée en 1835, il continua à jouir d'une bonne santé jusqu'au 17 novembre 1836, époque à laquelle il se sentit indisposé. L'appétit devint nul, il survint une forte céphalalgie, et les conjonctives se colorèrent en jaune. Il resta dans cet état jusqu'au 21 novembre, jour de son entrée à l'hôpital. Alors il présentait les symptômes suivants : légère coloration de la peau de tout le corps, pouls ralenti (60 pulsations par minute) et un peu irrégulier ; inappétence complète ; saveur amère et désagréable de la bouche, soif ; enduit blanc-jaunâtre sur la langue ; la pression sur l'hypochondre droit et sur les autres parties du ventre est indolente ; retard dans les selles, urines d'une couleur jaune-brunâtre tirant sur le vert, et fournissant un dépôt abondant. (On prescrit *dec. hordei* avec *extr. taraxc.*, et pour boisson une potion *c. crem. tart.*)

Le 22, la couleur ictérique de la peau augmente ; pas de selles.

Le 23, la couleur jaune des parois thoraciques ainsi que de la conjonctive augmente notablement ; le pouls est lent et offre un peu de dureté ; la peau est moite ; la saveur désagréable persiste, ainsi que l'enduit blanchâtre qui recouvre la langue ; un lavement passé au malade n'ayant pas provoqué de selles, on prescrit les pilules suivantes :

R. Pulv. rad. ipecac., gr. ;
« » rhei, dr. ;
Extr. card. bened., q. s.
Ut fiant pil. 2°.
S. 3 m. d. 5 pilul.

Le 24, la langue est encore couverte d'un enduit blanchâtre ; le pouls reste lent et présente encore un peu de dureté ; pas de selles. On continue les pilules.

Le 25, même état de la langue, saveur désagréable ; les selles, au nombre de 5, sont solides, grises et comme argileuses ; le

pouls est lent, mou; l'urine présente une couleur jaune foncée tirant sur le brun.

R. Pot. c. crem. tart., unc. ;
Extr. gram., unc.
M. S. à prendre en boisson.

Le 27, l'urine est brunâtre et trouble; le pouls est lent : on répète les pilules.

Le 28, urine brunâtre; pouls lent mais régulier; langue un peu chargée; la couleur ictérique des téguments a disparu. Le malade a eu 3 selles.

Le 29, l'état du malade s'est notablement amélioré : la coloration des matières fécales est presque normale ; l'urine est moins brunâtre et fournit un dépôt nuageux ; le pouls conserve encore un peu de lenteur : l'emploi des pilules est continué.

Le 30, le malade a eu 3 selles de couleur normale ; la peau et la conjonctive se décolorent sensiblement; on prescrit une potion avec le *crem. tart.*

Le 1er décembre, le malade se sent très-bien : il prend deux fois par jour 5 pilules composées comme ci-dessus, avec cette différence qu'elles ne renferment plus que gr. iij de *pulv. rad. ipecac.*

Le 2, la couleur ictérique diminue de plus en plus; les autres symptômes ont complètement disparu.

Obs. III. — P. R., né à Amsterdam, âgé de 30 ans, fut soumis à notre traitement le 21 mars dernier. D'après le récit du patient, la maladie fit son invasion le 17, et débuta par une vive céphalalgie sus-orbitaire, des douleurs dans les lombes, les bras et les jambes, et surtout dans les articulations de l'épaule, de la hanche et du genou : la défécation se faisait tous les jours, mais elle était rendue difficile à cause de la dureté des fèces. Deux jours après, le malade remarqua la couleur jaune de la peau, surtout à la poitrine, au cou et au ventre, et plus encore à la conjonctive. A ces symptômes se joignaient les suivants : la peau était souple et moite ; la langue restait humide, mais rouge à ses bords et à sa pointe ; le pouls, eu égard à la constitution dn malade, était petit, serré, *subdurus* et tant soit peu accéléré (80 pulsations par minute) ; les pulsations artérielles, explorées à l'avant-bras de l'un et de l'autre côté, sont isochrones avec les battements cardiaques.

Le 21 mars, prescription :

R. Pot. cum oxymell., unc.
Pro potu.

Le soir, le malade se trouve soulagé par la transpiration qui

s'est établie depuis le matin après son entrée à l'hôpital ; la matière de la transpiration ne colore pas le linge : le pouls est un peu plus mou et accéléré. *(Rep. potio.)*

Le 22, la nuit a été bonne, la transpiration moindre et la céphalalgie moins intense ; urine brune ; point de selles ; pouls moins accéléré que la veille (65 pulsations par minute). (*Rep. potio. — Clysma emoll.*)

Le soir, trois heures après le lavement, le malade a eu 3 selles de consistance solide et d'une couleur gris cendré, dont l'émission a été précédée d'une légère douleur à la partie supérieure de l'hypochondre droit. La transpiration, qui s'est déclarée hier matin, persiste encore, mais à un plus faible degré ; la douleur que le malade accusait à la région frontale, aux bras et aux jambes, est notablement diminuée.

Le 23, la céphalalgie a disparu pendant la nuit sous l'influence de la transpiration ; le malade a eu un sommeil tranquille ; le pouls est moins accéléré que la veille (68 pulsations par minute) ; l'urine, qui conserve encore sa couleur brunâtre foncée, réagit à la manière des acides. *(Rep. potio.)*

Les selles étant devenues moins fréquentes, il fut prescrit :

R. Dec. tamarind. ;
Mannae.
S. toutes les heures une tasse.

Il en résulte vers le soir une selle solide légèrement grisâtre. (*Rep. potio.*)

Le 24, le pouls est mou, ralenti (58 pulsations par minute). Hier soir et ce matin, le malade a eu une selle solide, ardoisée ; l'urine conserve sa couleur brune, qui change en vert-noirâtre par l'addition d'un gros d'acide nitrique à 6 onces de ce liquide. L'urine excrétée ce matin donne une couleur verte moins foncée par son mélange avec ce réactif dans les mêmes proportions.

R. Decoct. hordei. ;
Extr. graminis. ;
Oxym. simplicis.
S. toutes les heures une tasse.

Le 25, le pouls est descendu à 57 pulsations par minute ; le malade a eu une selle moins abondante que celle d'hier, mais également décolorée. La peau conserve sa couleur ictérique. (*Repet. mixt. et potio.*)

Le 26, le pouls bat 54 fois par minute. Le malade a eu une selle décolorée comme les précédentes. (*Repet. omnia.*) Pendant le jour, il a de nouveau une selle peu décolorée encore. *(Rep. potio.)*

Le 27, le pouls se ralentit encore (50 pulsations par minute); deux selles ont eu lieu, dont la dernière était teinte en jaune: malgré le notable ralentissement du pouls, aucun signe de coma n'est observé. (*Rep. potio.*)

R. Dec. hordei;
Extr. tarax.;
Oxymel. simplicis.
S. toutes les heures une tasse.

Le 28, le malade se sent bien portant; cependant la peau reste encore ictérique et le pouls conserve sa lenteur (52 pulsations par minute); il a une selle solide de couleur jaunâtre. *(Rep. mixt. et potio.)*

La convalescence marchant assez bien, tout traitement est suspendu.

Obs. IV. — V. B., âgé de 24 ans, né à Groeningen, entra au service militaire après avoir exercé la profession de tailleur. Il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 24 août 1833: à cette époque, il fut atteint de fièvre, et sa santé devint chancelante. Il y a 7 mois, il gagna un ictère accompagné de douleurs de l'hypochondre droit. Il existe encore en ce moment un gonflement de cette région, et les téguments de tout le corps sont ictériques. De plus, la peau de la face présente une couleur jaune-noirâtre, et les cheveux sont souples et secs. Le malade se couche également bien sur les deux côtés; mais le décubitus sur le dos provoque une légère toux. Le pouls est petit, mou, faible, régulier et lent (65 pulsations par minute); la langue est pâle; il y a de la soif, et la faim est modérée; le ventre est indolent, mais il présente un léger gonflement, surtout à l'hypochondre gauche. Depuis hier matin, le malade a eu 7 selles liquides, argileuses et d'un blanc-jaunâtre. La couleur de l'urine est d'un jaune de safran. Le gonflement des pieds, que le malade dit avoir existé, a disparu. L'amaigrissement est considérable, le sommeil est interrompu et nullement réparateur.

Le 19 février, la nuit a été mauvaise. Le malade a eu 12 selles liquides, grisâtres et offrant des stries jaunâtres; toutefois la défécation n'est pas douloureuse: l'urine a une teinte noirâtre. Il y a toux et expectoration peu abondante de crachats jaunâtres. Les matières gazeuses provenant de la respiration pulmonaire répandent une odeur désagréable.

Le jour suivant, le pouls était un peu plus accéléré, la respiration suspirieuse, et le patient accusait une lassitude générale.

Le 21, le pouls est régulier mais très-petit; les selles, au nombre de 6, sont moins décolorées et striées de sang; la couleur de

l'urine est moins foncée, et le papier bleu de tournesol n'y fait pas reconnaître la présence d'un acide. Pendant ce jour, le malade eut encore 4 selles. Vers le soir, il y eut redoublement de fièvre, et le pouls se releva un peu et devint plus fréquent.

Le 22, le malade eut 12 selles, et il expectora des crachats jaunâtres.

Le 23, le malade n'a plus que 3 selles, suivies de tranchées continuelles.

Le 24, les forces du malade continuent à tomber de plus en plus.

Le 25, affaiblissement plus grand encore ; selles et urines involontaires : le malade, totalement épuisé, se trouve dans un assoupissement comateux. Nous ne pûmes, dans le traitement de cette maladie, que combattre ces symptômes et soutenir les forces du malade par un régime doux et nourrissant ; sa terminaison funeste vint bientôt nous montrer l'inefficacité de ces moyens.

Nécropsie. — La dure-mère et l'arachnoïde sont colorées en jaune, et les vaisseaux de la pie-mère remplis en partie de sang et en partie de sérosité citrine ; les cordons nerveux présentent également une teinte jaunâtre, ainsi que le plexus choroïde, que quelques vésicules remplies d'un liquide clair recouvrent. De la sérosité tirant également sur le jaune est contenue dans les cavités cérébrales, et le nerf accessoire de Willis paraît également jaunâtre à l'endroit où il se trouve en rapport avec l'artère vertébrale.

Le lobe droit du foie est enflammé et notablement hypertrophié, son lobe gauche atrophié et couvert de pseudo-membranes ; sa couleur est d'un gris de cendre, tandis que le lobe de Spiegelius est granuleux (cirrhose) et d'une couleur inégale. Le foie présente çà et là des inégalités ; son poids est de 1,9.

La vésicule biliaire est remplie d'un liquide noirâtre et gluant, et qui reste adhérent à ses parois.

Le péritoine est jaunâtre. Le mésentère, la membrane muqueuse des intestins et le canal pancréatique sont également colorés en jaune. L'intestin rectum est enflammé à sa partie supérieure, et la muqueuse y est raboteuse et inégale ; mais, à la partie inférieure, cette muqueuse est jaunâtre (1) : celle de l'estomac est pâle.

La rate, d'un volume considérable, pèse 1,15 ; quelques-unes de ses parties ont une consistance de bouillie, d'autres sont recouvertes de plaques cartilagineuses. Le lobe supérieur du pou-

(1) Morgagni, *Ep. anat.*, lib. III, art. 15-16.

mon droit est adhérent à la plèvre. Le cœur ne présente rien d'anormal ; mais l'artère aorte est colorée en jaune.

P. S. Pendant la publication de ce mémoire, nous avons reçu en traitement un enfant de 12 ans, atteint d'ictère, et présentant un pouls non-seulement ralenti, mais encore inégal et irrégulier.

DES FIÈVRES INTERMITTENTES QUI SE SONT MONTRÉES A ANVERS PENDANT LE PREMIER SEMESTRE DE 1845, ET DE QUELQUES POINTS GÉNÉRAUX DU TRAITEMENT DE CES MALADIES ;

Par le médecin principal GOUZÉE, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Anvers, etc.

L'hiver a été très-rigoureux. Un froid intense a régné depuis le mois de décembre jusqu'au mois de mars. La température s'est un peu adoucie en avril et mai. Le mois de mai seul, dans sa dernière moitié, a été humide et pluvieux.

Ce ne sont pas là les conditions atmosphériques favorables à la production des fièvres intermittentes, et cependant ces maladies se sont montrées en assez grand nombre (1) durant les mois de mars, avril et mai. Elles ont diminué de fréquence en juin, malgré dix à douze jours de chaleurs continues, précédées et suivies de fortes vicissitudes atmosphériques. Enfin, elles sont devenues de plus en plus rares en juillet, et l'été froid et humide dont nous sommes menacés, à en juger par de tristes auspices, ne sera pas propre à en favoriser le retour.

J'ai exposé ailleurs mon opinion sur les constitutions météorologiques qui provoquent ou empêchent le développement des fièvres intermittentes dans nos localités marécageuses (2). Mais il n'est pas toujours nécessaire, pour voir renaître ces maladies, que les conditions atmosphériques qui déterminent communément leur apparition se trouvent immédiatement reproduites. Après un interrègne de cinq années (3), les fièvres d'accès ont reparu en 1842 et

(1) Dans la proportion d'un fiévreux sur trois malades, à l'hôpital militaire.

(2) Voy. *Considérations sur les causes et la nature des fièvres intermittentes*, Annales de la Société de méd. de Gand, année 1837 ; — *Des fièvres intermittentes considérées sous le point de vue des constitutions épidémiques*, Annales de la Société de méd. d'Anvers, année 1844.

(3) J'ai déjà signalé plusieurs fois, dans divers mémoires et comptes rendus, cette absence presque comptète des fièvres intermittentes dans nos contrées marécageuses, et ce fait n'a pas échappé à l'attention de plusieurs médecins belges et hollandais ; il a été particulièrement noté par MM. Ghislain (*Lettre médicale sur la Hollande*, p. 52), de la Haye (*Archives de la Méd. belge*, juin 1840, p. 152), etc. Cette interruption a été surtout remarquable de 1837 à 1841.

sont devenues plus communes et plus graves et 1843 et 1844. Or, l'influence de la constitution médicale intermittente est telle que longtemps après la cessation des causes qui lui ont donné naissance, la périodicité morbide est sans cesse imminente dans l'économie. Tout le monde sait que bien souvent des hommes n'ont contracté la fièvre qu'après avoir quitté une contrée marécageuse pour en habiter une autre offrant les meilleures conditions de salubrité ; de même aussi la maladie se déclare ou récidive dans une saison qui ne réunit pas les conditions favorables à sa production, mais sous l'influence d'une prédisposition acquise pendant un règne antérieur. Je pense donc que les fièvres intermittentes des mois de mars, avril et mai, n'étaient qu'une simple récrudescence qui devait son origine à la constitution intermittente de l'année dernière.

Je crois cette opinion d'autant mieux fondée que les chaleurs et les fortes vicissitudes de température qui se sont fait sentir dans le mois de juin sont restées sans effet sur la reproduction de la maladie. A l'exception des récidives, les fièvres intermittentes ne se sont plus montrées alors qu'en très-petit nombre, comme s'il n'y avait pas eu matière à effluves paludéens. Et peut-être en était-il ainsi en effet. Les fréquentes alternatives de gelées et d'élévation de la température qui ont succédé aux grands froids ont beaucoup nui, comme on sait, à la végétation ; celle-ci a été en général tardive, languissante ou incomplète. Il se peut que ces mêmes causes aient également agi sur les végétaux qui peuplent nos marécages, de manière à empêcher ou à retarder le travail de décomposition qui leur est propre. Quoi qu'il en soit, il est à remarquer que les insectes qui, en d'autres circonstances, infestent quelquefois l'air par myriades dans notre contrée, ont été très-rares cette année, même pendant les chaleurs du mois de juin.

La fièvre intermittente a été fréquente parmi ceux qui en avaient été atteints pendant l'été ou l'automne de l'année dernière : un simple refroidissement suffisait pour en déterminer le retour. J'ai eu de nombreuses occasions d'observer combien un profond souci, une idée chagrine fixe, favorisent ces rechutes, et contribuent puissamment aussi à en provoquer la première apparition. Hors des temps des grandes épidémies, et abstraction faite des autres circonstances propres à énerver la constitution, on peut, je pense, soupçonner quelque affection morale déprimante comme cause déterminante la plus active de toute fièvre intermittente. Mais il faut beaucoup d'attention et de tact pour découvrir, à part soi, les longues et profondes émotions de l'âme auxquelles certaines personnes s'abandonnent si facilement. La plupart des hommes, et surtout

les gens du monde, ne cachent rien à leur médecin, si ce n'est les tourments qui les agitent en secret.

Dans ces récidives, la maladie n'avait en général qu'une intensité médiocre; elle affectait souvent le type quotidien, et quelquefois elle était erratique. Elle était plus grave, accompagnée fréquemment de nausées, de vomissements, d'une forte céphalalgie, d'un peu de délire, chez ceux qui en étaient atteints pour la première fois. La langue était alors couverte d'un large enduit blanchâtre; le malaise était profond, même pendant l'apyrexie.

Autrefois, et particulièrement avant 1830, nous avons observé plus d'une constitution morbide durant lesquelles l'élément bilieux avait une telle prédominance au début des fièvres intermittentes, que le vomitif était impérieusement indiqué : cette médication produisait un soulagement immédiat et rendait la fièvre à sa bénigne simplicité. L'enduit de la langue, les nausées, les vomissements, n'avaient plus cette fois la même signification; c'était évidemment un simple effet du trouble imprimé à l'économie par l'état fébrile. En pareil cas, c'est augmenter le désordre et perdre du temps que de prescrire des évacuants. Faire garder le lit, prescrire l'usage de boissons aqueuses froides et une diète sévère, et chercher, après le deuxième ou le troisième accès, le moment favorable pour administrer le fébrifuge, telle est la ligne de conduite que nous avons suivie. Seize grains de sulfate de quinine, chez un adulte, donnés à doses fractionnées, faisaient disparaître presque immédiatement l'enduit de la langue, tout en mettant fin à la fièvre et aux autres accidents qui en étaient la conséquence.

Je ferai ici quelques remarques encore sur le traitement des fièvres intermittentes. Je les ai déjà en partie effleurées dans un autre travail (1); mais c'est un sujet qui intéresse particulièrement notre pays et dont les médecins belges ne s'occupent, ce me semble, pas assez.

Il arrive, ce qui est rare du reste, qu'un accès se manifeste encore après l'administration du sulfate de quinine; mais lorsque la fièvre est simple et que la médication a été convenablement instituée, cet accès est décidément le dernier. Il ne faut pas, à l'exemple de la plupart des médecins, revenir de nouveau à l'emploi du sel fébrifuge qui fatigue le malade sans aucune utilité. Celui-ci doit toutefois continuer à garder le repos et à observer un régime sévère.

Seize grains de sulfate de quinine arrêtent toujours la marche

(1) *De quelques fébrifuges, et particulièrement du sulfate de quinine et des soins qu'exige son emploi*; Archives de la Méd. belge, juin 1840, p. 141.

d'une fièvre intermittente simple chez un adulte, lorsqu'il s'astreint à une diète sévère et à garder le lit quelque temps avant et pendant son emploi, et jusqu'après l'époque présumée de l'accès passée. Ces soins accessoires ont une très-grande influence sur le succès. J'ai plus d'une fois mis fin immédiatement aux accès de fièvres quartes anciennes à l'aide de quatre ou six grains seulement du sel fébrifuge, donnés en une dose deux heures avant celle de la fièvre, chez des malades qui s'y soumettaient rigoureusement. Dans tous les cas, il faut augmenter les doses et y revenir plus souvent chez les personnes qui sont obligées de sortir, de vaquer à leurs occupations.

Nous prescrivons le plus ordinairement le sulfate de quinine associé à l'extrait de gentiane pour en faire des pilules contenant chacune deux grains du sel fébrifuge. Sa solution dans l'eau aiguisée avec l'acide sulfurique, d'une action plus active et plus prompte, serait préférable si elle n'était d'une amertume insupportable à certaines personnes. Dans les fièvres pernicieuses, si communes autrefois et aujourd'hui si rares, je n'ai presque jamais dépassé la dose de vingt-quatre grains de ce sel, administré, quand il était possible, en solution. Lorsque celle-ci ne peut être prise par la bouche, on la donne, comme on sait, avec le même succès, sous la forme de petits lavements, à chacun desquels il est utile d'ajouter quelques gouttes de laudanum liquide. L'expérience m'a appris qu'il n'était nullement nécessaire d'augmenter la dose du sulfate de quinine lorsqu'on l'administre par la voie du rectum, et j'ai dit ailleurs que je n'observe jamais le précepte généralement suivi d'évacuer préalablement l'intestin des matières qu'il peut contenir; je crois ce soin inutile, et il m'a paru d'ailleurs que le trouble que l'on excite est préjudiciable à la médication principale. Si, comme il arrive quelquefois, le premier lavement de quinine, ou l'un des suivants, amène la défécation, il faut nécessairement le remplacer.

Il faut que l'administration du sulfate de quinine soit rapprochée, non de l'accès qui finit, mais de celui que l'on veut prévenir, de manière que la dernière prise soit ingérée deux heures avant son arrivée. Il est presque inutile de faire observer que lorsque la fièvre est grave, l'apyrexie ou la rémittence courte, l'heure de l'accès incertaine, on doit commencer au déclin d'un accès, et en continuer l'emploi jusqu'après l'époque présumée de l'accès suivant.

Si l'accès doit revenir de grand matin, et qu'on fasse prendre le sulfate de quinine la veille, la nuit d'intervalle lui fait presque toujours perdre sa force fébrifuge.

Chez les personnes irritables, surtout chez celles qui sont atteintes pour la première fois de fièvre intermittente, les accès s'accompagnent souvent d'une céphalalgie extrêmement vive que le bruit le plus léger, un faible éclat de lumière, un mouvement du malade rendent insupportable. Il n'est pas rare qu'il s'y joigne par intervalles un peu de délire. Souvent encore le mal de tête persiste, mais à un moindre degré, dans l'intervalle des accès. Quelques médecins disent avoir remédié à cet état pénible à l'aide de la compression des carotides. Ce moyen, auquel j'ai eu quelquefois recours, n'a produit qu'un soulagement peu prononcé et peu durable. Il est au reste fort peu probable que ce soit le sang qui joue le rôle principal dans la production de cette douleur. Il existe dans un accès de fièvre intermittente une violente perturbation nerveuse dans laquelle l'estomac et le cerveau, dont on connaît les étroites connexions, sont spécialement intéressés, et il me semble plus rationnel de penser que si la compression de la région carotidienne produit quelques bons effets, ce n'est pas la pression du tube artériel qui les fait naître, mais celle du nerf pneumo-gastrique qui lui est accolé (1). J'emploie pour calmer cette céphalalgie, qui est surtout l'apanage des sujets nerveux, un moyen plus sûr et dont les effets sont stables : ce sont des sinapismes appliqués à la plante des pieds ou à la partie externe des genoux, au moment de l'apparition de la sueur. Ils ramènent souvent le calme en peu d'instants. L'usage du fébrifuge en conjure ensuite le retour.

Le sulfate de quinine, ce remède héroïque et sûr lorsqu'il est administré convenablement et en temps opportun, peut occasionner des effets désastreux entre des mains imprudentes. Les inflammations de l'appareil respiratoire ont été extrêmement communes pendant ce semestre, et nous avons eu de nouvelles occasions de voir combien il importe de s'assurer de l'intégrité de cet appareil avant d'insister sur l'emploi des doses un peu fortes de ce sel.

Les fièvres typhoïdes, assez nombreuses aussi pendant le même laps de temps, sont souvent, comme on sait, obscures et insidieuses les premiers jours de leur invasion. Lorsque ces maladies se montrent en même temps que les fièvres intermittentes, il est quelquefois fort difficile de ne pas prendre le change. Des mouvements fébriles irréguliers, des traces de moiteur à la peau, l'absence des prin-

(1) J'ai déjà exprimé cette opinion dans les *Annales de la Société de méd. d'Anvers*, année 1844, p. 295, au nom de la rédaction, à l'occasion d'une intéressante communication faite à la Société par M. le docteur Dechange, médecin de la marine royale.

cipaux signes de la dothinentérite, qui ne sont pas encore développés, et l'induction tirée de la constitution régnante, engagent à ne pas perdre de temps ; on donne le sulfate de quinine, et l'on s'aperçoit plus tard de l'erreur que l'on a commise. Je vais en rapporter succinctement un exemple.

Un jeune soldat, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital le 9 avril. Il était indisposé depuis quatre jours. Il n'avait qu'une légère diarrhée qui céda bientôt au repos et au régime. Le 12 et les jours suivants, un mouvement fébrile se montra à des intervalles irréguliers, le plus souvent vers le milieu du jour, sans frissons ; mais il était suivi chaque fois de moiteur à la peau : le ventre était souple, la pression de la région iléo-cœcale ne faisait pas entendre de gargouillement, et le facies n'offrait pas d'altération notable. A ces signes négatifs et à la disposition sudorale de la peau, je jugeai le malade atteint d'une fièvre d'accès. Le 16, après quatre jours d'observation, je prescrivis seize grains de sulfate de quinine en huit doses ; mais l'amélioration, si constante après cette médication dans les fièvres intermittentes, ne se manifesta pas : le pouls prit au contraire une fréquence continue, et les signes de la dothinentérite ou de la fièvre typhoïde se dessinèrent peu à peu de la manière la plus complète, sans s'élever toutefois à un haut degré d'intensité ; les traits de la face devinrent fortement enivrés : dilatation des pupilles, tendance au décubitus dorsal, son tympanique à la percussion du ventre, selles de nouveau fréquentes et peu consistantes ; le malade fut longtemps couvert, jusque sur les téguments des membres, de sudamina presque confluents, et des taches rosées lenticulaires se montrèrent également en grand nombre sur la poitrine et l'abdomen. Les moyens diététiques furent seuls employés d'abord ; mais la persistance des accidents m'engagea, le 24, à faire une application de dix sangsues sur la région iléo-cœcale. Une amélioration décidée ne tarda pas à se prononcer, et la convalescence était parfaite dans les premiers jours du mois de mai.

La fièvre typhoïde est loin de conserver toujours cette bénignité après l'administration intempestive du sulfate de quinine ; je l'ai vue plus d'une fois, dans cette circonstance, s'élever au plus haut degré de gravité. Cela tient-il au sel de quinine donné mal à propos, ou à la maladie elle-même, qui, indépendamment des moyens employés, est tantôt légère et tantôt grave ? C'est ce qu'il n'est guère possible de décider.

La *Gazette des Hopitaux* nous a appris que les fièvres intermittentes se sont également montrées dans les hôpitaux de Paris. On sait que la construction des fortifications autour de cette capitale

nécessite depuis deux ou trois ans de grands travaux de terrassement, et que le remuement des terres est une cause puissante de fièvres d'accès. Ces maladies sont, en effet, assez répandues à Paris depuis quelques années; mais elles y sont le plus communément d'une bénignité extrême. Plusieurs cas de fièvre intermittente se sont présentés dans la clinique de M. le professeur Rostan, et chez tous les malades les accès ont disparu sans que l'on eût employé aucun fébrifuge. Ce fait, sur lequel M. Chomel surtout a déjà appelé l'attention, n'a pas empêché d'autres médecins de préconiser comme fébrifuges des substances qui se montrent tout à fait inertes lorsque la fièvre n'est pas disposée à se guérir spontanément; il explique les merveilleux effets de l'acide arsénieux à la dose d'un centième de grain, tant vanté dans ces derniers temps par quelques confrères parisiens, et ceux d'un moyen plus simple encore, indiqué dans le journal cité plus haut. Au rapport de l'auteur de l'article, dans deux cas de fièvre intermittente accompagnée de symptômes cérébraux fort intenses, la fièvre a cédé immédiatement à l'application d'une ventouse scarifiée à la nuque, et dans trois autres cas, une ventouse unique, placée au dos et légèrement scarifiée, a amené le même résultat.

Nous rencontrons aussi dans nos contrées marécageuses des années pendant lesquelles les fièvres intermittentes ont la plus grande propension à se guérir d'elles-mêmes : le malade entre à l'hôpital, s'alite, fait diète, et la fièvre disparaît. Lorsqu'il nous arrivait, dans cette circonstance, d'essayer quelque médication nouvelle vantée comme fébrifuge, nous devions apporter dans nos expériences une grande prudence et une extrême circonspection, afin d'éviter de ressembler à la mouche du coche.

REVUE DES JOURNAUX

BELGES DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE MALINES ;

ANNÉE 1844.

(Analyse par le docteur Biver.)

Nous avons sous les yeux les divers numéros des *Annales de la Société des sciences médicales de Malines*. C'est avec peine que nous y avons trouvé une lutte polémique : ce genre d'écrits ne convient pas aux recueils des Sociétés savantes. Les trois premiers numéros de 1844 ne contiennent, en outre de cette polémique, qu'un rapport négatif et

une série d'observations sur la belladone. — La Société reste comme cachée derrière ces trois articles.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

JANVIER 1845.

1. La livraison du mois de janvier commence par un *éloge de Michel Boudewyns*, prononcé par le docteur Broeckx. Cet éloge, orné de quelques extraits de Boudewyns, est un témoignage irrécusable de l'érudition du docteur Broeckx. Il est beau de consacrer quelques pages aux souvenirs glorieux attachés à nos pénates; aussi la séance annuelle a-t-elle été parfaitement ouverte par ce discours.

C'est une bonne fortune pour les illustrations nationales d'exercer la plume éloquente du fondateur de la *Société de médecine anversoise*; il sait trouver le mérite dans les écrits poudreux, il démontre clairement aux praticiens modernes que leurs prédécesseurs comprenaient parfaitement toute l'importance de leur mission, et qu'ils savaient soutenir toute la dignité de leur noble profession. Si quelques idées d'intolérance religieuse se sont glissées dans les travaux de Boudewyns, il n'en était pas moins au-dessus des hommes de son époque par l'absence de toute superstition.

2. Viennent des *considérations hygiéniques sur la commune de Boom*, par le docteur THYS.

Le docteur Thys donne quelques détails sur la situation de la ville de Boom, qui renferme environ 8,000 habitants, divisés en briquetiers, brasseurs, et constructeurs de navires : il y a en outre quelques fabriques et des distilleries. Les habitants de Boom se marient toujours entre eux; ils sont presque tous scrofuleux. Les maladies régnantes sont la phthisie, les fièvres intermittentes, la chlorose, les fleurs blanches.

L'auteur passe en revue l'alimentation, presque toute végétale, l'hérédité des maladies et des dispositions à ces mêmes maladies, les habitations, l'allaitement prolongé, le grand dénument, le peu de ressources du bureau de bienfaisance. Il donne ensuite l'énumération des travaux qui incombent à la profession pénible de briquetier : il termine son précis, qui témoigne de ses bonnes intentions, en disant qu'il ne sait s'il est possible de modifier cet état de choses.

3. *Observation d'empalement par une tige en fer, entrée par la fesse gauche et sortie par la droite de l'ombilic, sans lésion viscérale;* par M. BESSEMS, membre effectif.

Cette observation perd malheureusement de son intérêt par le fait de l'extraction de la tige de fer avant l'arrivée du médecin. Tous les raisonnements tombent par suite dans le vague.

4. *Séance solennelle pour le deuxième anniversaire de la fondation de la Société, le 5 décembre 1844, sous la présidence de M. Broeckx.*

La Société avait adressé un appel à tous les médecins belges; elle avait convié toutes les Sociétés médicales nationales à cette solennité dont nous ne reproduirons pas l'analyse, une partie de ce qui s'est passé dans cette séance ayant été rapportée par la *Gazette médicale belge.* Toutefois, nous ne terminerons pas sans dire que le docteur Leva a développé une proposition ainsi conçue : *L'écoulement chronique de l'urèthre chez l'homme est le plus souvent le résultat d'un rétrécissement uréthral.* — Dans l'état actuel de la science, le traitement des rétrécissements de l'urèthre par les bougies est le plus rationnel et le plus généralement suivi de bons résultats. — Plusieurs médecins conviés ont pris part à la discussion.

Le numéro que nous avons sous les yeux contient un article sous le titre : *Propositions thérapeutiques*, que nous transcrivons textuellement, vu son importance pratique, et comme un témoignage du chemin que les notions allemandes font en Belgique.

Propositions thérapeutiques.

On rencontre fréquemment dans les journaux allemands des réflexions ou aphorismes sur la nature et le traitement des maladies, fruits d'une expérience raisonnée et consciencieuse, et bien autrement importants, sous le point de vue de l'utilité pratique, que cet amas indigeste de formules que les journaux français ont pris l'habitude d'offrir à leurs lecteurs.

Voici quelques-uns de ces aphorismes, choisis parmi ceux que le docteur J. A. Pitschaft, de Baden-Baden, a publiés dans la *Zeitschrift für Thérapie und Pharmaco-dynamik* (*erste Schrift*). Si le lecteur y rencontre quelques propositions opposées aux idées généralement reçues, qu'il veuille bien les méditer, car il ne suffit pas qu'une opinion ait la vogue pour qu'elle ne soit pas une erreur; souvent la lumière jaillit d'un aperçu nouveau. C'est pourquoi nous avons cru utile de reproduire, sans les approuver ou les improuver, les réflexions du docteur Pitschaft.

« L'angine maligne qui débute sous la forme gangréneuse devient incurable par l'application des sangsues. Parmi les moyens les plus efficaces à opposer à cette affection, se rangent les vésicatoires à la nuque.

— « *Sudor universalis ante febris intermittentis accessum morbum ex toto solvit* » (Tulpius). — « *Diaphoretica ante paroxysmos, febrium intermittentium exhibita, illos sensibiliter levant.* (Fr. Hoffmann). — Le médecin distingué de Rademacher considère la simple fièvre intermittente comme une affection primitive de l'organe cutané. On donne au malade qui doit rester au lit, le jour de la rémission, une

infusion de camomille avec l'esprit de Mindérérus ; ce n'est que plus tard que l'on a recours à la quinine.

— « Si, après une première saignée, le pouls devient plus fort, plus expansif, que l'on se garde d'en inférer la nécessité d'une seconde saignée.

« La pléthore accompagnée d'un pouls dur est, dans les inflammations, le principal signe de l'opportunité de la saignée.

« La douleur seule ne constitue jamais une indication pour la saignée.

« Inférer de la violence de la douleur à la violence de l'inflammation, c'est la plus trompeuse conclusion que l'on puisse prendre.

« Dans les pays chauds, la saignée est mieux supportée que dans les pays froids ; en été mieux qu'en hiver. L'organisme demande en hiver et en automne une grande production de chaleur, par conséquent une copieuse sanguification.

« Le pouls plein est un indice trompeur pour la saignée. C'est ainsi qu'il n'est pas rare de le trouver plein, fort, et même un peu dur, dans les ossifications de l'aorte et les hydropisies du péricarde, à cause de l'obstacle qu'apportent ces maladies au libre cours et à la propulsion du sang ; souvent aussi il est tel dans la vieillesse avancée. Que dans ces cas on se garde bien de le considérer comme une indication pour la saignée. Dans l'apoplexie, le pouls est ordinairement fort et plein ; et cependant, dans cette affection, la saignée est souvent nuisible et toujours superflue. Il faudra encore de longues années avant que les médecins soient revenus de cette erreur. Lorsque la soi-disant apoplexie qui résulte d'une affection ancienne du cerveau ou des vaisseaux contigus est traitée d'après la coutume établie, par la saignée, on voit bientôt survenir la fin de toute souffrance. — Il n'existe point de véritable pléthore inflammatoire sans pouls dur ; par contre, le pouls est souvent fortement déprimé dans la pneumonie vraie, à cause de la difficulté qu'éprouve le sang à refluer dans le ventricule gauche du cœur.

— « Les évacuations sanguines faites avec profusion (les saignées coup sur coup), dans le rhumatisme des muscles et des tissus fibreux, provoquent des métastases vers le cœur et les gros vaisseaux, car ces organes sont des muscles creux. En général, les évacuations sanguines ne sont pas indiquées dans le rhumatisme. Y a-t-on recours, il passe à l'état chronique, ou bien il récidive par la moindre cause occasionnelle.

« Il n'existe pas de procédé plus contraire aux bons principes de l'art (et cependant on le voit mettre en pratique partout) que de traiter le rhumatisme des tissus articulaires, des ligaments et des membranes capsulaires par des évacuations sanguines, et notamment par

une légion de sangsues. C'est pourquoi on rencontre si fréquemment des tumeurs blanches des articulations ; or (qu'on ne l'oublie pas), une tumeur blanche qui reconnaît cette cause est le plus souvent rebelle à tout traitement ultérieur.

« Si l'affection articulaire tire son origine de la goutte, de la syphilis, des scrofules, les évacuations sanguines produiront des effets encore plus désastreux. Dans ces cas, il n'est aucun moyen plus efficace, en combinaison avec les traitements internes appropriés, qu'un grand vésicatoire autour de la partie malade, vésicatoire qu'on fera suppurer des deux côtés. Si l'on a recours au cautère actuel, il doit être chauffé à blanc; chauffé au rouge, il ne vaut rien. On aura bien soin qu'il ne porte pas son action au delà du derme.

« Cela arrive-t-il, les muscles sont-ils cautérisés avec perte de substance, l'influx nerveux est-il interrompu, alors que Dieu ait pitié du pauvre patient ! Il sera plus ou moins localement perclus et estropié, et le membre maigrira. Dans les établissements thermaux, on a l'occasion de rencontrer plusieurs de ces personnes aussi mal arrangées.

— « Appliquer des sangsues sur les glandes scrofuleuses, les traiter par le couteau, sont des folies classiques de notre époque.

« Dans les cas douteux, il vaut mieux se passer de la saignée que d'y avoir recours. C'est là un vieux et sage précepte, trop oublié, hélas ! Le sang est la base matérielle et dynamique de l'organisme animal : ici aussi le dicton de Goethe a une valeur réelle :

« *Blut ist ein ganz besonderer Saft.* »

« *Délirantibus cum febre acuta, lingua arida et indiciis magnæ viscerum inflammationis, si applicentur vesicantia, omnes fere in pejus ruunt, et magna ex parte moriuntur* » (Baglivi). C'est là une grande vérité; et cependant cela se fait partout.

« Peut-on imaginer un procédé plus intempestif que d'appliquer des vésicatoires ou des sinapismes au début d'une fièvre scarlatine, dans la crainte d'une métastase vers les membranes du cerveau, où au début d'une éruption de rougeole, pour prévenir l'inflammation du poumon ? Comme si l'irritation du système capillaire et du réseau nerveux cutané n'était pas montée à un degré assez élevé !

— « Saigner les femmes pendant les premiers jours de leurs couches pour des douleurs du bas-ventre ou toute autre inflammation supposée, c'est un péché mortel. La saignée est-elle pratiquée avant l'apparition de la fièvre de lait, alors la mort est encore plus à craindre. Des dépôts laiteux, un asthme aigu mortel en sont souvent les conséquences. Il n'est pas rare de voir appliquer force sangsues pour une métrite supposée, quand bien même la femme aurait perdu, lors de sa délivrance, une grande quantité de sang ; tandis qu'on aurait dû traiter

cette soi-disant métrite comme une névralgie rhumatismale de la matrice. De même, on voit souvent traiter la péritonite érysipélateuse comme une simple inflammation. Il n'est donc pas étonnant de voir surgir un typhus abdominal à la suite de ces traitements contre-indiqués.

FÉVRIER.

5. Cette riche livraison commence par un article intitulé : *Accidents graves occasionnés par une chute sur la tête ; guérison. Réflexions sur les phénomènes présentés par le sujet de cette observation ;* par le docteur BERCHEM.

L'article en question nous a frappé par la franchise et la lucidité de l'exposé. Le docteur aussi savant que modeste a fait preuve de tact ; sa thérapeutique a été rationnelle et suivie de succès. Les réflexions qui l'accompagnent sont empreintes d'une logique physiologique. Nous regrettons de ne pouvoir exposer ici cette intéressante observation que nous recommandons à l'attention des praticiens.

6. *Angine croupale ; sternutatoires ; titillations de la luette ; guérison ;* par le docteur LECLUYSE, à Kemmel.

Le docteur Lecluyse a employé les sternutatoires et les titillations de la luette pour provoquer l'expulsion des mucosités qui obstruent le passage ; il a été conduit à cette idée par la nécessité, après avoir épuisé les moyens ordinaires, dit-il. Le docteur Lecluyse ne nous a indiqué ni la nature ni la dose des vomitifs. Quant à nous, nous pensons que les émissions sanguines empêchent l'action des vomitifs, comme nous l'avons déjà dit ailleurs ; nous croyons la saignée locale en général bonne après le vomitif, mais à peu près jamais avant.

Le vomitif seul guérit souvent ; la saignée seule ne guérit presque jamais.

7. *Spermatorrhée abondante ; impuissance ; guérison par l'essence de térébenthine unie au baume de copahu ;* par le même.

Cette observation fort curieuse a fait naître une idée dans notre esprit : nous nous sommes demandé comment le baume de copahu agit contre la gonorrhée ; comment il ne cause pas des accidents inflammatoires très-graves, puisque c'est un tonique, un astringent, un aphrodisiaque même.

8. *Difformité singulière de la matrice, ayant amené la présentation du bras de l'enfant dans trois accouchements consécutifs.*

Tel est le titre d'une note donnée par le docteur Lecluyse, de Kemmel. Cette note a provoqué un rapport ; mais malheureusement la question soulevée n'est pas résolue.

La forme de la matrice peut-elle influer sur la position du fœtus ? Nous n'hésitons pas à nous prononcer pour la négative, vu la nature de la texture de l'organe utérin.

9. *De la falsification des feuilles de noyer (juglans regia)*; par le docteur Vrydag Zynen, à La Haye : suivie d'un rapport.

Séance du 9 janvier.

Elle a été presque entièrement consacrée à des travaux d'intérieur.

Mars.

10. *Observation de morve chez l'homme*; par J. B. J. Heylen, à Herenthals.

Cette observation est très-curieuse; elle présente beaucoup d'intérêt; mais elle soulève une foule de questions que l'auteur passe sous silence. La Société en a jugé à peu près de même.

11. Le restant de la livraison est rempli par l'ouvrage de M. Decondé sur l'*ophthalmie de l'armée.*

Viennent ensuite le compte rendu de la séance du 6 février et la continuation de la discussion de la proposition de M. Lutens sur les *écoulements chroniques et les rétrécissements de l'urèthre.* Cette discussion a été fort savante; mais les opinions insérées nous semblent avoir été un peu trop élaborées dans le silence du cabinet : cela n'en diminue ni le mérite ni la valeur; mais elles ne sont pas les opinions telles qu'elles ont été développées pendant la discussion.

Ce trimestre a dignement continué les utiles travaux de la Société de médecine d'Anvers.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

(Analyse par le docteur Biver.)

Année 1845. — *Mois de janvier.*

La lecture d'un long article sur les causes de l'ictère, par M. Decaisne, médecin de régiment au 8me de ligne, a réveillé en nous une idée pénible. Cet article est plein d'érudition, mais il laisse la question de l'ictère au point où il l'a prise; il nous apprend (ce que nous savons du reste) que le sang des ictériques n'est pas converti en bile et que le foie n'a pas usurpé les fonctions du cœur. Pour notre compte, nous avons la conviction la plus complète que la chimie animale ne nous conduira jamais à un résultat positif; nous sommes même persuadé que cette science, appliquée à l'analyse des solides et des fluides vivants, donnera naissance à des erreurs sans nombre et d'une portée incalculable.

Comment se fait-il que les hommes qui ne font qu'étudier la vie, qui se livrent à une foule d'expériences pour surprendre les secrets de

la nature vivante, ne soient pas encore parvenus à savoir mettre en ligne de compte l'influence vitale?

Quel est le savant qui sait faire de la salive? Quel est celui qui peut former du mucus? Comment se fabrique la synovie? En vertu de quelle loi se sécrète la sérosité, la lymphe? Comment le chyle est-il tiré de substances qui n'en contiennent point? La veine porte charrie-t-elle de la bile? N'y a-t-il de l'urine que dans le sang qui va aux reins? Pourquoi l'humeur aqueuse n'est-elle pas comme le sperme? De quoi provient la couleur rouge du sang même? etc., etc.

La *vie* est un mystère qu'il n'est pas donné à l'homme de comprendre : c'est la vie inexplicable, qui toujours détruira tous les systèmes forgés par les hommes; c'est devant la vie que la philosophie matérielle devra s'incliner.

Nous pensons que le médecin doit s'attacher à observer les faits saisissables au moyen de nos sens et de notre jugement. En effet, qu'il y ait ou non de la bile dans le sang des ictériques, ou dans leurs urines, cela ne nous indiquera pas la cause de l'ictère. Cela sera tout au plus un effet; mais la matière colorante d'un corps solide ou fluide, qui la connaît? qui sait la fixer, la saisir? Quel est le savant qui a su parvenir à manier le prisme synthétique?

Séance du 7 janvier 1845.

Le docteur Stockmann annonce une guérison d'*hallucination* obtenue par une très-haute dose de *datura stramonium* : il y a eu guérison, et guérison homœopathique.

L'argumentation en médecine est une belle chose; il y a toujours moyen de se tirer de tout. M. Stockmann serait peut-être fort embarrassé de nous dire ce qu'il eût fait ou dit si les trente grains de *datura* avaient tué son malade. La terre est si complaisante!

Le rapport sur cette observation, par MM. Heymans, Lados et Snellaert, dit tout ce qu'on pouvait dire en séance; il signale le danger, il déclare que les commissaires ne peuvent partager l'opinion de l'auteur sur cette pratique hardie. *Il y en a bien d'autres!!!*

Rapport sur un cas de névrose extraordinaire et compliquée, présenté par N. Borlée, à Huy.

Le rapport de M. Derudder a soulevé une discussion animée. M. Dumont, l'un des commissaires, avait réservé toutes ses armes pour la discussion générale, au lieu de les avoir fait servir à la rédaction du rapport. — Cette discussion est continuée à la séance suivante. — Le somnambulisme, les rêves, le magnétisme, les visions extatiques, les sensations occultes, ont été mis en jeu; peut-être qu'on nous présentera le traitement des maladies par les signes cabalistiques, et que les relations avec la Chine nous donneront la clef des jongleries indiennes.

Du système lymphatique des membranes séreuses; par Ferdinand Vanderhaegen; 1844.

Les *Annales de Gand* soutiennent le docteur Vanderhaegen contre le jury; elles disent, avec lui, qu'il n'y a pas de système lymphatique exhalant. Mais on peut demander d'où viennent les fluides séreux *exhalés?* Serait-ce par hasard la partie non colorée du sang? — Si une chose n'est pas découverte, est-ce à dire qu'elle ne peut l'être? et n'a-t-on pas vu des fluides rétrograder, commencer un reflux; et les mêmes vaisseaux sans valvules ne pourraient-ils pas parfois faire tour à tour l'un et l'autre office?

Mois de février.

Cette livraison commence par une observation de *ramollissement pultacé de l'estomac. — Rupture sous-péritonéale de ce viscère. — Emphysème général. — Suffocation*; par M. le professeur Burggraeve.

Cette observation démontre comment des gaz échappés de l'estomac par une ouverture sous-péritonéale ont produit un emphysème successif et la suffocation. Mais quelle était la nature de ces gaz? Provenaient-ils de la fermentation des substances ingérées pendant un repas copieux? ou provenaient-ils de l'air inspiré et dilaté par la chaleur de l'estomac? La dernière supposition nous semble au moins hasardée.

La ponction projetée ne pouvait rien dans l'estomac, et la similitude tirée de cette opération pratiquée sur les ruminants est mal appliquée: chez ceux-ci, on perce le ventricule même pour donner une issue directe aux gaz, et même pour extraire les substances en fermentation, ainsi que nous l'avons maintes fois fait sur des individus de la race bovine. Le diagnostic annoncé et les moyens proposés sont en désharmonie; car s'il y avait rupture de l'estomac, à quoi bon l'ammoniaque? si l'emphysème était reconnu, à quoi bon la ponction?

Généralités sur les ruptures qui peuvent survenir pendant l'accouchemeut, suivies d'une observation de rupture de la matrice; par le docteur Colson.

Le docteur Colson écrit bien : il s'étend sur les généralités qui laissaient toute la question un peu dans le vague; mais l'observation qui termine cet article est des plus intéressantes, et doit particulièrement rassurer sur les suites de l'opération césarienne, qu'on s'exagère si fortement que la pratique la plus funeste, la plus immorale, la plus criminelle, dirons-nous, a pris une extension épouvantable : nous voulons parler de l'avortement; car enfin il faut donner le nom qui convient à cette pratique que la publicité de nos débats scientifiques, l'imprudence et la légèreté des praticiens ont mise entre les mains des médicastres, des *chirurgistes* et des matrones mercenaires. Le mal

occasionné par la pratique des accouchements prématurés est tellement grand, que le bien qu'on en a retiré ne peut lui être comparé; et rien n'autorise à le mettre en balance. Où s'arrêtera ce mal?

Est-il vrai que l'on observe des pustules varioliques internes sur des sujets morts de cette maladie? par le professeur Alexander, à Utrecht.

Cet article tend à combattre l'opinion émise par Berthold et Froriep, que la variole s'étend sur tout l'intérieur dans quelques cas; nous pensons comme les docteurs allemands. Le défaut de ressemblance des pustules internes et externes n'est pas une conclusion pour nous: nous croyons que toute affection doit prendre la forme qui convi entaux tissus divers différemment composés.

Séance du 11 février 1845.

M. Robyns, à Baeleghem, envoie un fongus médullaire à la Société: la pièce est accompagnée d'une notice. Le fongus s'est formé à la suite d'une fracture de l'humérus non consolidée.

M. Seghers communique un cas de fracture du fémur produite par les contractions musculaires.

De l'efficacité des lavements opiacés dans le délire nerveux; par le même.

Brûlure presque générale guérie par le chlorure de chaux; par le même.

Ces trois observations ont été renvoyées à une commission composée de MM. de Muynck, Heldenbergh et Kluyskens. Une longue discussion a suivi la lecture du rapport de M. Heldenbergh; elle a fait voir que l'on en est encore au cal provisoire; qu'on ne connaît pas le quart de lavement de Lisfranc; que tous les praticiens ne sont pas au courant de la physiologie de la régénération. Les brûlures ont également donné sujet à des observations que nous ne relèverons pas, dont plusieurs sont excellentes, mais qui ont prouvé combien les méthodes diffèrent et laissent à désirer. Toutefois, nous devons dire que 8 à 10 gouttes de laudanum données en lavement ont plusieurs fois, sous nos yeux, produit un narcotisme qui nous a inquiété.

Quant aux cas de fractures osseuses, nous saisissons cette occasion pour rappeler une serie de conclusions et de principes que nous avons insérés dans les n°s 31, 32 et 33 de la *Belgique médicale* de 1843, et dans les *Archives de la Médecine belge,* n° de juillet de la même année.

Rapport sur le mémoire de M. Borlée sur l'ophthalmie scrofuleuse; commissaires: MM. Heymans, Snellaert, Sotteau, rapporteur.

M. Borlée a surtout bien réussi à déterminer les cas où il faut employer le muriate de baryte: c'est lorsque l'affection est caractérisée par une vive aversion pour la lumière, par une irritabilité très-grande

des yeux, par les mouvements convulsifs des paupières, par un larmoiement abondant.

Mois de mars.

Ce numéro contient la fin du mémoire du professeur d'Utrecht sur les *varioles intérieures*. Cette pièce est suivie de l'histoire d'une *névrose extraordinaire*, par feu J.-Jos. Borlée, à Huy, dont il a été fait mention dans le cahier de janvier.

Séance du 4 mars 1845.

Observation remarquable de plaie pénétrante de l'orbite ; par le docteur Teirlinck, à Gand : suivie d'un rapport par MM. Beylder, rapporteur, Boddaert et Sotteau, commissaires. La discussion du rapport et de l'observation a procuré l'occasion à ceux qui y ont pris part de donner de grandes preuves d'érudition.

Application du forceps dans la position mento-iliaque gauche de la face ; par le professeur Szokalski.

La Société de médecine de Gand marche avec un ordre parfait ; les discussions sont bien conduites, et les rapports généralement bien travaillés. Les *Annales* de la Société gantoise peuvent à juste titre être comptées au nombre des recueils les plus riches en faits et en science.

BIBLIOGRAPHIE.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES PAR L'IODURE DE POTASSIUM ;

Par le docteur L. P. A. Gauthier, médecin titulaire de l'hospice de l'Antiquaille, de Lyon, membre d'un grand nombre de Sociétés savantes.

(Analyse par le docteur E. Sélade.)

M. Gauthier, médecin de l'hôpital de l'Antiquaille, de Lyon, à qui la science est déjà redevable de plusieurs bons ouvrages sur les maladies vénériennes, vient encore de publier une monographie sur l'iodure de potassium, médicament précieux pour combattre la syphilis constitutionnelle et surtout les symptômes tertiaires. Quoique les journaux de médecine de tous les pays aient déjà publié de nombreuses observations qui constatent les bons effets de l'iodure de potassium, nous ne possédons pas encore une monographie spéciale sur l'administration de cet excellent remède. Les syphilographes lui sauront gré d'avoir comblé une lacune si importante.

L'auteur commence par l'histoire de l'introduction de l'iodure de potassium dans la thérapeutique de la syphilis. Il traite

ensuite des effets de ce médicament sur l'économie, des symptômes syphilitiques dans le traitement desquels il est le plus efficace, et enfin de son meilleur mode d'administration. Nous ne le suivrons point dans la partie historique; il suffit de savoir que c'est au docteur Wallace, médecin de l'hôpital des Maladies cutanées de Dublin, que paraît appartenir l'honneur d'avoir employé le premier l'iodure de potassium, de l'avoir donné à doses plus fortes que précédemment, et d'avoir spécifié les cas d'affections vénériennes dans lesquels ce remède se montre efficace et doit être préféré au mercure. Il fit ses expériences de 1832 à 1836, et il en donna le résultat dans ses *Leçons*, qui furent imprimées en 1836.

Le docteur Ebers, de Breslaw, est le premier qui paraît avoir employé l'iodure de potassium en Allemagne; il publia le résultat de ses expériences en 1836. Le médecin qui revendiqua l'honneur de la priorité de son emploi en France, fut M. Ricord, dans un mémoire qu'il fit paraître dans le *Bulletin de Thérapeutique*, où il préconise l'iodure de potassium à haute dose dans les symptômes tertiaires, d'après la méthode de Wallace.

Les seuls effets, dit l'auteur, que nous ayons vus produits à peu près constamment par l'iodure de potassium sont : l'augmentation de l'appétit et de l'embonpoint, la coloration du corps, la sécrétion plus abondante de l'urine. L'appétit est augmenté chez presque tous les malades; ceux mêmes qui éprouvent des douleurs épigastriques mangent davantage, et les aliments ne les fatiguent pas. Les individus qui sont dans un grand état d'amaigrissement et de faiblesse, et qui quelquefois même ne peuvent supporter aucune nourriture avant d'employer le remède, ressentent un appétit bien plus grand que ceux qui sont dans un assez bon état de santé général quand ils commencent le traitement. L'augmentation de l'embonpoint est aussi beaucoup plus marqué chez les sujets émaciés et en proie à une fièvre hectique, que chez ceux qui se portent bien. Il en est de même de la coloration du corps; elle est bien plus remarquable chez les premiers que chez les derniers.

M. Gauthier ajoute que ces effets n'ont pas encore été observés depuis assez longtemps pour être complètement appréciés; que la science a encore besoin, à ce sujet, de nouvelles expériences. Il expose ensuite quels sont les symptômes syphilitiques dont ce remède a triomphé avec le plus de succès. Il s'exprime ainsi :

« J'ai presque constamment mis en usage, avec beaucoup de succès, l'iodure de potassium dans les symptômes vénériens tertiaires. Je l'ai vu faire cesser en quelques jours les douleurs ostéocopes les plus intolérables. J'ai vu aussi les caries osseuses être promptement modifiées par son emploi. Dans l'ozène avec carie des os

du nez et perforation de la voûte palatine, j'ai presque toujours, avec son aide, obtenu la guérison. Les tumeurs gommeuses, les tubercules profonds de la peau et des muqueuses, les périostoses, cèdent pareillement à son usage.

« Je n'ai pas obtenu moins d'avantages de l'iodure de potassium dans plusieurs cas de symptômes secondaires. Je l'ai vu guérir très-promptement des ulcérations profondes de la gorge et du pharynx qui avaient détruit la luette et le voile du palais. Dans les ulcères superficiels de l'arrière-bouche et des amygdales, il se montre moins utile. Cependant, dans des cas de ce genre où le mercure et les cautérisations avaient échoué, j'ai obtenu la cicatrisation avec un gargarisme iodé. J'ai aussi quelquefois guéri, avec l'iodure de potassium, à l'anus et aux orteils, des rhagades qui avaient résisté au mercure.

« J'ai également employé souvent avec succès l'iodure de potassium dans les syphilides; mais il ne convient pas dans tous les cas de ces affections. Dans les syphilides exanthématiques, papuleuses et squammeuses, son usage n'a produit, en général, que des résultats nuls ou peu avantageux; mais dans la syphilide tuberculeuse ulcérée, dans celle surtout qui est appelée par M. Cazenave *syphilide tuberculeuse perforante*, dans les vastes ulcérations de la peau qui avaient détruit le tissu cellulaire et une partie des muscles sous-jacents, j'ai obtenu de son emploi les plus belles guérisons; et cela dans des cas où les préparations mercurielles avaient été plus nuisibles qu'utiles. Je l'ai également vu guérir la syphilide à grosses pustules (syphilide phlysaciée), ainsi que l'ecthyma. On peut dire, en général, que dans les syphilides, quelles que soient leurs formes primitives, l'iodure de potassium se montre avantageux quand elles deviennent ulcéreuses. Le mercure peut sans doute aussi guérir dans ces cas; mais quand il a déjà été employé par le malade, l'iodure de potassium mérite la préférence.

« Quels que soient les symptômes syphilitiques secondaires ou tertiaires dans lesquels on emploie ce remède, on peut dire, en général, qu'il réussit d'autant mieux que la constitution du malade est plus détériorée. Dans les cas contraires, il est moins efficace, et même il échoue quelquefois. Ainsi, je l'ai administré sans succès à une femme, d'ailleurs bien portante, qui n'avait jamais pris de mercure, et qui avait, pour seuls symptômes syphilitiques, des douleurs nocturnes dans les os de la tête et quelques tubercules derrière le cou et dans les cheveux : la liqueur de Van Swieten, jointe aux sudorifiques, a ensuite guéri cette malade.

« Dans la salivation mercurielle avec ulcération de la langue et de la cavité buccale, un gargarisme iodé est souvent très-utile. Cepen-

dant il agit, en général, moins promptement que celui d'acétate de plomb. Néanmoins, comme ce dernier a l'inconvénient de noircir les dents quand il agit avec lenteur, il faut lui substituer le gargarisme iodé. On a beaucoup écrit sur les maladies produites par l'abus du mercure et sur la cachexie mercurielle; je pense que l'iodure de potassium est un des meilleurs moyens pour remédier à ces états morbides.

« J'administre presque toujours, dans le début, l'iodure de potassium à plus faible dose que M. Ricord et que la plupart des médecins que je viens de citer. Je n'en donne presque jamais plus de 20 à 25 centigrammes en commençant, et je partage toujours cette dose en deux prises. Quelquefois même, quand je craignais que le remède ne fût pas toléré, quand les voies gastriques paraissaient irritées, j'ai commencé par 5 et 10 centigrammes; mais alors j'augmentais la dose tous les jours. Quand je commence par 25 centigrammes, je double cette dose tous les trois ou quatre jours. Quand je suis parvenu à 1 gramme, si je vois que les symptômes s'amendent, je continue ainsi pendant plusieurs jours, et ensuite j'augmente peu à peu jusqu'à 15 décigrammes ou deux grammes. Souvent je m'en tiens à ces doses jusqu'à la fin du traitement; assez fréquemment je vais à 3 grammes, et bien rarement à 4. Je n'ai observé que deux femmes, d'un tempérament lymphatique, dont l'état cachectique était tellement prononcé, et les symptômes tellement rebelles, que j'ai été obligé de pousser la dose jusqu'à 7 et 8 grammes par jour. Mais ce sont là des cas exceptionnels qui ne se présentent que très-rarement, et je pense qu'on ne doit donner des doses aussi élevées qu'à des malades que l'on peut voir tous les jours, afin d'observer avec soin les effets du remède et de le suspendre s'il n'est plus toléré.

« Je crois qu'il est très-essentiel de commencer par une petite dose. Si l'on a observé quelquefois des accidents, c'est toujours parce que, dans les premiers jours, on a fait prendre une trop grande quantité du remède, ou parce que l'on a doublé tout à coup une dose déjà forte. J'ai vu un monsieur, âgé de 60 ans, d'un tempérament sanguin, atteint d'une maladie étrangère à la syphilis, auquel un médecin ordonna, pour le début, 1 gramme d'iodure de potassium par jour. Il fut pris d'un gonflement érysipélateux considérable de la face. Huit jours après, il reprit la même dose; le même symptôme se manifesta, mais à un moindre degré. J'ai observé, comme je l'ai dit plus haut, une malade qui n'a jamais pu supporter plus de 25 centigrammes du remède, malgré les précautions dont j'ai usé. N'aurait-elle pas éprouvé de violents accidents si on lui en eût administré un ou deux grammes dès le

début? D'ailleurs, à quoi bon faire prendre de grandes quantités d'un remède actif, si de petites doses peuvent suffire? Quand l'iodure de potassium a guéri mes malades, j'ai presque constamment observé qu'ils éprouvaient une amélioration très-grande avant que la dose eût été portée à 1 gramme, après avoir commencé par 25 centigrammes; il eût donc été bien inutile de débuter par 1 gramme. Je n'en donne 50 centigrammes le premier jour que quand il y a urgence. Il m'a paru que quelquefois les femmes d'un tempérament lymphatique supportaient bien mieux les fortes doses d'iodure que les hommes. Cependant, comme je n'ai pas pu suivre le traitement des hommes avec la même exactitude que celui des femmes, que je voyais tous les jours à l'Antiquaille, je ne puis donner, à ce sujet, que des conjectures, sans rien affirmer de positif.

« Quand je prescris moins de 2 grammes d'iodure chaque jour, je partage cette quantité en deux prises; quand j'en donne davantage, je la divise en trois. Je fais toujours prendre ce remède dans un verre ou deux de tisane mucilagineuse; on diminue ainsi son action irritante sur l'estomac. La tisane que je préfère est composée avec 2 grammes de salep et 15 grammes de gomme arabique, que l'on fait bouillir dans six verres d'eau. Souvent aussi, à l'Antiquaille, je donne l'iodure dans de la tisane commune d'orge et de chiendent. Dans cet hospice, je fais dissoudre la quantité que je prescris dans 60 grammes d'eau distillée, et on la mêle avec la tisane au moment de la prendre. Je ne donne ordinairement le sel iodique dans la tisane sudorifique, ou dans le sirop de Cuisinier, que quand les voies gastriques sont dans un très-bon état.

« Dans les ulcères de la gorge, je ne manque jamais de prescrire un gargarisme iodé; sans cela la guérison serait plus longue. Celui que j'emploie le plus souvent est composé de 60 centigrammes d'iodure de potassium, 2 grammes de teinture d'iode et 140 grammes d'eau distillée. On touche les ulcérations du gosier avec un pinceau de charpie imbibée de ce mélange; on en introduit ainsi dans les fosses nasales quand il y a ozène. Enfin, il doit aussi servir pour laver les ulcères qui existent à la surface du corps; il ôte la fétidité de l'ozène tout aussi bien que le chlorure d'oxyde de sodium.

« J'ai rarement donné le proto-iodure de mercure concurremment avec l'iodure de potassium, comme le fait M. Ricord. Dans les cas où les préparations hydrargyriques me paraissent convenir en même temps que le sel d'iode, je préfère avoir recours au sirop de deuto-iodure de mercure ioduré de M. Boutigny. Je ne com-

bine l'iodure de potassium avec l'opium que quand il y a nécessité de le faire; autrement je préfère le donner seul.

« On doit continuer l'iodure de potassium pendant quelque temps après que les symptômes ont disparu; autrement on aurait lieu de craindre de les voir reparaître : il faut se guider, sur ce point, d'après la gravité des accidents, la longueur du temps qu'il a fallu pour les faire disparaître, et la manière dont le malade supporte le remède. En général, je l'ai fait prendre pendant six semaines ou deux mois et demi. Dans les cas dont Wallace nous a transmis l'histoire dans ses *Leçons,* il le donnait pendant quarante-cinq ou soixante jours. Il cite, dans sa onzième leçon, le fait curieux d'un individu atteint de syphilide pustuleuse ulcérée, avec ulcération aux amygdales et douleurs ostéocopes, qui, après avoir obtenu un soulagement très-considérable au bout de douze jours de traitement, cessa tout à coup les remèdes. Il revint, au bout de vingt-sept jours, dans un état déplorable : non-seulement les mêmes symptômes s'étaient reproduits avec plus d'intensité, mais encore de nouveaux s'étaient manifestés, entre autres une hydropisie de l'articulation du genou. L'iodure de potassium fut repris, et le malade guérit très-bien. M. Ricord recommande de continuer longtemps l'iodure de potassium après la disparition du symptôme tertiaire, quel qu'il soit, afin d'opérer plus sûrement dans l'économie la modification nécessaire pour prévenir les récidives. D'ailleurs, comme l'a fort bien fait observer M. Ricord, il n'y a aucun inconvénient à continuer un remède qui active de la manière la plus énergique les fonctions digestives et augmente l'appétit et l'embonpoint de ceux qui en font usage; mais, malheureusement, on ne trouve pas toujours des malades qui veuillent, sur ce point, s'en rapporter à l'avis de leur médecin.

« Quand on donne toujours la même dose d'iodure de potassium sans l'augmenter, et que cette dose est trop petite, souvent il arrive que les symptômes, après avoir d'abord diminué d'intensité, restent ensuite stationnaires, ou même vont en augmentant, quoique le remède soit pris pendant longtemps. Ainsi, je l'avais administré, en 1842, à un malade atteint de tubercules sous-cutanés ulcérés à la jambe, à la dose de 25 centigrammes par jour : le malade cessa de me consulter, et prit la même dose pendant deux mois. Il revint ensuite, et me dit que ses ulcères avaient beaucoup diminué après huit jours de traitement, mais qu'ils avaient ensuite empiré. Je fis observer à ce malade qu'il avait manqué à la recommandation que je lui avais faite de venir me retrouver au bout de quelques jours. Je lui prescrivis le sirop de deuto-iodure de mercure ioduré de Boutigny, qui le guérit.

« Lorsque les voies gastriques sont irritées, on doit chercher à calmer cette irritation avant d'employer l'iodure de potassium. On y parvient ordinairement à l'aide des boissons mucilagineuses et des cataplasmes laudanisés sur l'épigastre ; le lait d'ânesse est aussi pour cela un excellent moyen. Cependant j'ai remarqué que souvent, chez les individus atteints d'affections syphilitiques graves, l'irritation des voies gastriques n'est qu'apparente, et que les préparations d'iode sont bien supportées, pourvu qu'on les donne à très-faible dose en commençant. J'en ai observé un exemple bien remarquable en 1840, chez une femme qui était atteinte des symptômes syphilitiques les plus formidables (destruction complète du nez et larges ulcérations à la face avec douleurs ostéocopes). A l'aide des préparations mercurielles, j'avais considérablement amendé ces divers symptômes ; mais il restait des ulcères profonds aux lèvres, qui ne pouvaient se cicatriser. En outre, la malade avait une vive douleur épigastrique avec la langue très-rouge, et elle ne pouvait supporter aucun aliment. J'ordonnai le proto-iodure de fer à la dose de 5 centigrammes par jour, craignant beaucoup qu'il ne fût pas toléré. Il le fut cependant : j'ai pu le donner peu à peu jusqu'à 1 gramme, et la malade guérit. Comme l'iodure de potassium augmente presque toujours l'appétit, on ne doit pas soumettre ceux qui le prennent à une diète sévère ; on doit seulement les nourrir avec des aliments d'une facile digestion. Si, après que les accidents syphilitiques ont cédé, il existe encore de la toux, des douleurs épigastriques, de la fréquence dans le pouls, le lait d'ânesse sera le meilleur moyen pour rétablir la santé. Enfin, si l'iodure de potassium fatiguait trop l'estomac, on pourrait aussi le donner en lavement. Je ne l'ai jamais administré de cette manière ; mais on en trouve des exemples suivis de succès dans les *Annales des Maladies de la peau et de la Syphilis*, de M. Cazenave, t. I, p. 220.

« Je ne connais rien qui ait été écrit jusqu'ici sur la proportion des récidives qu'on observe après les guérisons obtenues par l'iodure de potassium. Wallace se contente de dire qu'elles sont moins fréquentes qu'après l'emploi du mercure. M. Ricord garde le silence à ce sujet. Pour moi, sur tous les malades que j'ai traités, j'ai observé cinq fois des récidives. Mais les nouveaux accidents survenus ont eu bien moins de violence que ceux que j'avais guéris auparavant, et l'iodure de potassium, administré une seconde fois, en a triomphé avec beaucoup de facilité et de promptitude, quoique donné à petites doses. Dans le temps ou j'employais le proto-iodure de fer, j'ai observé deux fois des rechutes chez les sujets qu'il avait guéris. Au reste, je dois dire que je n'ai pas revu

tous les malades que j'ai traités par les préparations d'iode, et qu'il est possible qu'un plus grand nombre d'entre eux aient éprouvé de nouveaux symptômes. En outre, plusieurs des individus que j'ai guéris l'ont été depuis trop peu de temps pour qu'ils aient pu retomber dans leur ancien état.

« Les sujets chez lesquels j'ai observé des récidives étaient tous atteints d'affections syphilitiques extrêmement graves. Quand on combat avec le mercure des maladies aussi intenses et aussi invétérées, on échoue le plus souvent, où, quand on réussit, on observe des rechutes bien plus fréquentes encore. Mais si l'on considère que l'iodure de potassium est suivi promptement d'un résultat heureux chez des malades qui ont pris sans succès et à plusieurs reprises diverses préparations hydrargyriques qui souvent ont aggravé leurs symptômes; si l'on considère, en outre, que les personnes guéries par le nouveau remède reprennent de suite leur appétit, leur fraîcheur et leur embonpoint, ce qui n'avait pas lieu après l'emploi du mercure, on est forcé d'avouer que la découverte d'un médicament qui produit des effets aussi prompts et aussi salutaires dans des cas où précédemment la médecine échouait presque toujours, est un immense bienfait pour l'humanité. »

L'auteur termine ces considérations en rapportant trente-quatre observations recueillies avec soin, constatant la grande efficacité de l'iodure de potassium dans les symptômes secondaires et tertiaires de la syphilis.

COMPTE RENDU DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DE M. LE DOCTEUR CUNIER PENDANT L'ANNÉE 1844 ; par A.-S. DE ABRÊU, médecin adjoint de l'Institut ophthalmologique de Bruxelles, etc. — Broch. in-8°, 28 pages.

L'ophthalmologie a pris, depuis quelques années, un grand développement. Au nombre des personnes qui ont le plus contribué à ses progrès, on doit compter M. le docteur Cunier. Fondateur d'un journal spécial qui jouit d'une grande estime parmi les praticiens, il a créé à Bruxelles une clinique ophthalmologique qui, depuis le 1er juillet 1840, époque de son ouverture, a reçu plus de 7000 malades. Un pareil champ d'observation a dû offrir des résultats nombreux et variés ; c'est ce que déjà, les années précédentes, nous avons été à même de constater. Le compte rendu pour l'année 1844, que vient de publier M. le docteur de Abrêu, médecin adjoint de M. Cunier, renferme des résultats aussi remarquables par leur importance que par leur nombre et leur variété. Si nous voulions en donner une idée,

et une idée seulement, il faudrait copier d'un bout à l'autre ce compte rendu. Nous nous bornerons à quelques indications.

Le nombre total des malades qui se sont présentés en 1844 a été de 741. Ce nombre comprend à peu près toutes les affections oculaires, depuis l'ophthalmie jusqu'aux difformités des paupières et des annexes de l'œil. Nous regrettons que la classification adoptée par l'auteur du tableau ne nous permette pas d'en donner un résumé; mais l'indication numérique des cas traités suffit pour montrer l'importance et l'activité du service de M. Cunier.

45 cas d'ophthalmie catarrhale et 17 cas d'ophthalmie égyptienne ont cédé à l'emploi du nitrate d'argent, appliqué soit avec le pinceau, soit en instillation ; on y a joint quelquefois les lotions avec l'eau de Conradi, ou une solution de pierre divine. Dans presque tous les cas, il a été fait usage de purgatifs (sulfate de magnésie, émétique, calomel et jalap) à époques rapprochées. Dans quelques cas , les onctions mercurielles et l'emplâtre de Janin derrière les oreilles ont paru contribuer à la guérison. *Dans aucun cas*, les saignées n'ont été mises en usage, malgré l'ancienneté du mal. Nous signalons aux praticiens cette particularité remarquable, et nous ajouterons que l'expérience a confirmé entre nos mains les heureux résultats, sous ce rapport, de la pratique de M. Cunier.

Ce chirurgien a eu à traiter 42 cas de pannus vasculaire ; ils étaient tous doubles, et dus, sans exception, à des granulations sous-conjonctivales. Contre l'opinion de ceux qui regardent le pannus vasculaire comme le produit constant de l'ophthalmie de l'armée, l'auteur rapporte le cas suivant, aussi intéressant sous le point de vue pratique que sous le point de vue étiologique.

Obs. — Marie Pollenus, âgée de 11 ans, de la commune de Hal, s'est présentée au mois de mai 1844; elle était aveugle depuis plus de 18 mois. Cette jeune fille a contracté, il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement, une ophthalmie catarrhale, qui a été traitée par un purgatif, l'application d'un vésicatoire à la nuque et des lotions pratiquées d'abord avec l'eau froide , puis avec une eau blanche (sans doute avec l'eau de Goulard). La maladie n'a pas tardé à passer à l'état chronique; peu à peu la vision a diminué : six mois après, la malade ne pouvait plus se conduire. Réduite dès-lors à l'état sédentaire, la constitution s'est altérée et a pris le caractère scrofuleux. Paupières recouvertes de granulations végétantes. Lorsqu'on retourne les paupières supérieures, on fait saillir un énorme bourrelet qui les maintient renversées. Les cornées sont complètement envahies dans leurs cinq sixièmes par un lacis de vaisseaux venant de la conjonctive ,

de la sclérotique, et se perdant vers leur centre. Il ne reste de transparence que dans leur sixième inférieur : pupilles impossibles à distinguer ; blépharospasme et photophobie considérables ; douleurs frontales, qui s'exaspèrent surtout le soir ; selles irrégulières. — Excision avec des ciseaux courbes du bourrelet conjonctival des paupières supérieures. On favorise l'écoulement à l'aide de l'eau tiède. Pour le lendemain, sulfate de magnésie à l'intérieur, lotions avec une solution de pierre divine (3 décigrammes pour 100 grammes d'eau distillée de belladone), frictions toutes les trois heures sur le front et les tempes avec gros comme une noix de pommade d'onguent napolitain et d'extrait alcoolique de belladone par parties égales. Le lendemain, amélioration sensible, vascularisation du globe moindre. (Soir et matin, une pilule bleue de la pharmacopée d'Edimbourg ; instiller deux fois par jour, entre les paupières, quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent : 5 centigrammes pour 4 gram. d'eau distillée.

Le 24, amélioration sensible ; plus de photophoble ni de blépharospasme. Les paupières n'étaient plus agglutinées le matin. Les cornées s'étaient éclaircies au point de laisser distinguer les pupilles. La malade pouvait discerner les figures et les formes. (Onction belladonée soir et matin.)

Le 26 et le 28, cautérisation en bas et en haut.

Le 30, cautérisation en haut des deux côtés.

Le 1er juillet, la malade pouvait se conduire. A partir de cette époque, la vascularisation a diminué de plus en plus. Un commencement de salivation a fait cesser les onctions mercurielles. (Purgatif salin ; emplâtre de Janin derrière les oreilles.) Les instillations ont été remplacées par la cautérisation directe des granulations. Soir et matin, entre les paupières, gros comme un grain de blé d'une pommade au précipité rouge. A l'intérieur, on donne le sirop d'iodure de fer à la dose de quatre cuillerées à bouche par jour. Ce médicament fut continué jusqu'au 28, et remplacé alors par l'extrait alcoolique de feuilles de noyer (4 décig. par jour). Alimentation animale. Sous l'influence de ce traitement, l'œil reprit sa parfaite transparence, et la santé générale se rétablit complètement.

Le 11 septembre, la malade est retournée chez elle sans la moindre vascularisation du globe et des cornées.

Nous avons reproduit presque littéralement cette observation, d'abord comme un beau cas de guérison, puis pour montrer l'habileté du chirurgien et son excellent sens dans le choix et la combinaison des différents ordres de moyens. C'est ainsi qu'il faut

concevoir et appliquer la spécialité ; c'est-à-dire, embrasser dans le cas spécial toute la généralité des indications, et leur appliquer avec discernement les différents ordres de moyens locaux et généraux qu'elles réclament.

On sait que M. Cunier attribue l'ophthalmie des nouveau-nés à une inoculation leucorrhéique de la mère. Sur 10 cas qu'il a observés en 1844, il a noté, dans tous, que les mères étaient leucorrhéiques, l'écoulement fort abondant ; que la présentation avait eu lieu par la face, et que la tête avait été engagée pendant longtemps. La propriété contagieuse de cette espèce d'ophthalmie donne un nouveau poids à cette opinion. M. Cunier cite un cas de transmission à la bonne qui soignait l'enfant. Dans tous les cas, on a pu triompher de la maladie à l'aide de la solution de nitrate d'argent, de 4 à 12 grammes de nitrate pour 32 grammes d'eau distillée. On ne saurait trop recommander ce mode de traitement aux praticiens ; c'est une des conquêtes les plus sûres de la thérapeutique moderne. L'ophthalmie blennorrhagique ne retire pas moins d'avantages de cette méthode. Mais une particularité qu'il importe de signaler cependant, c'est que, chez tous les malades que M. Cunier a traités de cette manière, il s'est développé une violente arthrite du genou gauche, en même temps que la blennorrhée oculaire cessait. L'auteur ayant répété et étendu ses observations, a constaté le même résultat à Bruxelles, dans la proportion de 7 fois sur 10. Nous avions observé plusieurs fois la même coïncidence à Paris, mais sans être fixé sur ses proportions ni sur sa cause.

M. Cunier traite les ophthalmies rhumatismales par le nitrate de potasse à haute dose et le colchique en extrait ou en teinture. Dans aucun cas, il n'a recours aux saignées générales ; quelquefois les sangsues au siége, ou les vésicatoires en guise de révulsifs.

Les résultats les plus remarquables ont surtout été obtenus dans le traitement des ophthalmies scrofuleuses ; et pour nous ils sont facilement explicables par la manière toute rationnelle dont l'auteur institue sa thérapeutique. Il considère avec raison la maladie locale comme un accident, comme un effet d'une maladie générale beaucoup plus importante à prendre en considération. Il dirige donc tous ses efforts vers la constitution du malade, qu'il améliore à l'aide d'un traitement spécifique et d'une alimentation choisie. Il serait trop long d'entrer dans les détails du mode de faire de M. Cunier ; bornons-nous à indiquer sa méthode dans sa généralité : c'est la méthode étiologique, celle des vrais praticiens de tous les temps, servie par les moyens les mieux

établis par l'expérience. La formule générale de M. Cunier comprend deux ordres de moyens. Les moyens *généraux* : 1° les purgatifs ; 2° le calomel jusqu'à salivation ; 3° le sirop d'iodure de fer ; 4° les préparations amères ; 5° le régime animal. Les moyens *locaux* sont à ses yeux d'un ordre secondaire ; cependant il ne les néglige point. Ce sont : 1° la pommade rouge à l'huile de foie de morue, la pommade au cyanure de zinc ; 2° les instillations avec le nitrate d'argent, le sulfate de zinc, le sulfate de cuivre, et autres moyens, suivant les indications particulières. D'après M. Cunier, l'usage de la pommade rouge est indispensable toutes les fois que les paupières sont agglutinées le matin. Sur 141 malades offrant les diverses formes et complications de l'ophthalmie scrofuleuse, et traités d'après ces principes et cette méthode, on n'a eu à déplorer aucun accident : 5 malades seulement ont conservé des taies, et il n'y a eu de rechutes que dans la proportion de 1 sur 18.

Voilà pour la partie en quelque façon médicale du compte-rendu du service de M. Cunier. Voici pour la partie chirurgicale : celle-ci ne le cède en rien, ni pour le nombre de faits ni pour l'importance des résultats, à celle qui précède.

304 opérations ont été pratiquées durant l'année 1844, sans compter les excisions, cautérisations, scarifications, etc. Toutes ces opérations, qui comprennent à peu près la médecine opératoire oculaire tout entière, ont donné lieu aux résultats les plus remarquables. Nous ne suivrons pas l'auteur du résumé dans ses énumérations, parce qu'elles manquent de détails propres à les faire apprécier, et surtout à les expliquer suffisamment. Disons seulement qu'elles témoignent, par leur ensemble, de l'habileté comme de l'activité du chirurgien. Nous ne nous arrêterons donc que sur les opérations de cataracte. M. Cunier en a pratiqué 99. Sur ce nombre, il y a eu :

83 dépressions réclinaisons, dont 73 avec succès ;
10 extractions, dont 7 avec succès ;
6 kératonyxis, dont 3 avec demi-succès.

Et, en résumé, sur 66 malades, 64 ont retiré un bénéfice positif de l'opération.

Ces résultats sont du plus grand intérêt. Il eût été à désirer que le rédacteur du relevé les eût rendus avec moins de confusion, car on peut difficilement saisir les rapports des faits entre eux et les spécialiser avec le mode opératoire employé. Cette confusion est d'ailleurs générale, et nous fait regretter que M. Cunier n'ait pas cru devoir introduire dans le travail de son collaborateur un peu de cet odre, de cette lucidité qui se remarquent

dans tout ce qu'il écrit. Quoi qu'il en soit, les faits dont il s'agit sont des plus importants et des plus dignes d'attention. Personne jusqu'ici, que nous sachions, n'était arrivé à d'aussi heureuses proportions. Nous ne devons pas le dissimuler : comme tout ce qui est important, nouveau, et surtout en contradiction avec la pratique du plus grand nombre, les résultats de M. Cunier rencontreront quelques incrédules. Déjà même il en est qui, pour les expliquer, seraient disposés à les attribuer à des influences climatériques, et ils ne seraient pas éloignés de reconnaître à l'air de Bruxelles des propriétés toutes particulières pour assurer le succès des opérations de cataractes, comme jadis on reconnaissait à l'air de Rome, de Florence ou de Milan, des propriétés toutes spéciales pour la guérison de telles ou telles espèces de plaies ou blessures. Cependant, il ne nous paraît pas nécessaire de recourir à ces causes occultes pour expliquer les succès de M. Cunier. Ces succès, il les doit sans aucun doute à sa rare dextérité d'abord, puis à son bon jugement, à l'excellent sens pratique qui le dirige dans le choix des méthodes opératoires, dans l'appréciation des indications et contre-indications, et l'emploi des moyens d'y satisfaire. Il y a des esprits ainsi faits qu'ils ne peuvent pas croire au bien ; il en est qui supposent difficilement le mal. Nous sommes du nombre de ces derniers. Cependant nous ne sommes pas, plus que personne, disposés à admettre toutes les assertions sur parole. C'est pourquoi nous exprimons franchement à M. Cunier le désir de connaître avec plus de détails la manière dont il opère, les précautions qu'il prend avant et après l'opération ; enfin, les faits détaillés qui l'ont conduit aux remarquables résultats annoncés par M. de Abrêu. A cet égard, notre franchise et notre confiance nous donnent plus qu'à tout autre le droit de lui adresser un reproche : celui de n'avoir pas veillé à ce que son *compte rendu* fût rédigé avec plus de soin, plus de clarté, plus de précision ; et, pour dire toute notre pensée, nous aurions préféré qu'il l'eût rédigé lui-même : il y eût probablement mis plus d'ordre et de méthode ; il eût senti les points qui manquent de développement, les faits qui avaient besoin de preuves. L'auteur du relevé annonce, il est vrai, que M. Cunier reprendra plusieurs des questions en sous-œuvre ; ce qui complétera notre satisfaction, en nous mettant à même de rendre une plus complète justice à l'habile ophthalmologue de Bruxelles.

(*Gazette médicale de Paris.*)

—

A la suite de cette analyse, M. le docteur Cunier a envoyé la lettre suivante à M. le rédacteur de la *Gazette médicale de Paris :*

Mon cher confrère,

L'auteur de l'analyse du *compte rendu* de M. de Abrêu, insérée dans votre dernier numéro, exprime le désir « de connaître avec plus de détails la « manière dont j'opère, les précautions que je prends avant et après l'opé- « ration, enfin, les faits détaillés qui m'ont conduit aux remarquables résul- « tats annoncés par M. de Abrêu. »

Ce qui m'est demandé, mon cher confrère, est fait depuis une année : on trouve tous les détails réclamés dans la thèse défendue à Erlangen par M. de Abrêu, thèse qui a été reproduite dans les *Annales d'Oculistique* (août 1844), et dont la *Gazette médicale* a donné une longue analyse (1844, n° 52, p. 835). Vous avez rapporté alors « mes résultats remarquablement avantageux à ma « conduite avant et après l'opération. »

Les succès que j'ai obtenus l'an dernier tiennent sans aucun doute aux soins, aux précautions dont j'ai entouré mes malades; mais il faut surtout faire entrer en compte les enseignements que j'ai puisés dans les observations et considérations de mon excellent et savant ami, M. le docteur Sichel, sur le glaucôme, la cataracte glaucômateuse et la névralgie oculo-circumorbitaire symptomatique. Tous ceux qui, en Belgique et en Hollande, ont médité le mémoire de M. Sichel, ont reconnu le fondement de ses observations; et aujourd'hui qu'ils suivent les préceptes de cet habile ophthalmologue, ils réalisent des résultats qu'il leur était autrefois impossible d'atteindre. Je dois ajouter que, l'an dernier, j'ai en quelque sorte pu faire un choix entre les nombreux cataractés indigents qui m'ont été adressés par les administrations communales, lors de la visite que j'ai faite dans les chefs-lieux de canton de la province de Brabant. La conséquence de ce choix sera donc que cette année, 1845, je dois opérer des individus dans des conditions moins favorables, et que j'arriverai, je n'en doute pas, à une fin moins bonne. C'est de l'appréciation de ces résultats divers que je traiterai dans le mémoire annoncé de M. de Abrêu.

Je ne terminerai pas sans vous faire remarquer qu'en descendant dans les détails fournis antérieurement par M. de Abrêu (thèse citée, *Annales d'Oculistique*, loc. cit.), on ne trouve pas un résultat aussi brillant que celui auquel il conclut. Ainsi, des cataractes capsulaires secondaires « *permettant jusqu'à* « *certain point* l'exercice de la vision, » des réascensions du cristallin, etc., ont été envisagées comme des demi-succès. Il faut ajouter que 8 opérés qui y voyaient bien lorsque M. de Abrêu a pris note des suites de l'opération, se sont présentés depuis un mois affectés de cataracte capsulaire secondaire mettant un obstacle presque absolu à la vision. Deux autres reçoivent en ce moment mes soins pour des réascensions du cristallin survenues au dixième et au treizième mois. Pour ce qui est des quatre résultats donnés comme incertains (non vérifiés), ils doivent être considérés comme des insuccès. Resteraient donc, sur 85 opérations faites à l'aiguille, 58 suites favorables, ou 69 pour 100. Cette proportion est au-dessous de celle de Dupuytren, qui cite 5 réussites sur 6 opérations; de Bowen, qui en accuse 154 sur 160, etc.

Je dois, mon cher confrère, remercier l'auteur de l'analyse du *compte rendu*. Personne, plus que moi, n'apprécie les bienfaits d'une critique impartiale et éclairée; j'en ai toujours, pour ma part, retiré de grands profits.

Agréez, etc. FLORENT CUNIER.

Bruxelles, le 4 août 1845.

Note du Rédacteur de la Gazette médicale de Paris. — Nous savons gré à notre honorable confrère de son empressement à répondre à nos questions.

Nous avons trouvé, en effet, dans les articles indiqués par lui, la plus grande partie des renseignements dont nous avions besoin. Les nouveaux détails qu'il a recueillis depuis la publication de son *compte rendu* ne sont pas inutiles non plus pour faire apprécier comme ils doivent l'être ses remarquables résultats. Nous n'attendions pas moins de sa franchise et de sa bonne foi.

NOUVELLES MÉDICALES. — NÉCROLOGIE.

Une Société de Médecine vient d'être fondée à Liège; elle s'est constituée le 14 mai 1845.

Voici la composition du bureau :
Président : M. le docteur Wasseige;
Vice-président : M. le docteur Hurault;
Secrétaire général : M. le docteur Fraikin;
Secrétaire adjoint et *bibliothécaire* : M. le docteur C. Detienne, fils;
Trésorier : M. le docteur G. Delvigne.

—

M. Pierre Pelletan, chevalier de l'ordre royal de la Légion d'honneur, professeur en retraite de la Faculté de médecine de Paris, ex-médecin des rois Louis XVIII et Charles X, ex-président des jurys de médecine des départements, membre des Sociétés royales d'Edimbourg, de Calcutta, et de plusieurs autres Sociétés savantes françaises et étrangères, est décédé à Bruxelles, le 13 août 1845, dans sa 64e année, à la suite d'une phthisie laryngée.

Sur la tombe, M. le directeur du Musée de l'industrie a prononcé le discours suivant :

« Messieurs,

« Réunis en ces tristes moments pour rendre les derniers devoirs à des restes mortels qui obéirent longtemps à la plus belle intelligence, à la plus noble des âmes, découvrons-nous!... et pleurons sur eux comme nous pleurerions sur les cendres d'un des plus riches dépôts des connaissances humaines.

« En effet, messieurs, personne dans le monde savant n'ignore les travaux multiples et variés du digne professeur Pelletan, qui n'était étranger à aucune des sciences de notre époque, comme nous avons pu nous en convaincre tous, en suivant ses dernières et brillantes leçons de physique générale, au Musée de l'industrie.

« Ancien médecin de deux rois de France, ancien professeur à l'École de médecine de Paris, ex-président des jurys de médecine des départements, chevalier de la Légion d'honneur, M. Pelletan a consacré le temps qu'il aurait pu donner aux soins de sa fortune à travailler à celle des autres. Homme de savoir et de bon conseil, il n'entendait rien aux affaires comme on les entend aujourd'hui.

« Il avait tout étudié, il connaissait tout, excepté les vices et les variations du cœur humain.

« Jugeant de la sincérité et de la capacité des autres d'après lui-même, il supporta, dans ses dernières années, une longue série de désappointements avec une merveilleuse philosophie extérieure; mais qui pourrait dire les douleurs intimes d'un père de famille qui se voit vieillir avant d'avoir assuré l'avenir de ses enfants!

« M. Pelletan a beaucoup travaillé à l'amélioration de l'industrie sucrière et de l'éclairage. Sa théorie du jet de vapeur restera, et sa machine construite sur ce principe finira par trouver d'utiles applications.

« M. Pelletan laisse inachevé un nouveau bateau à vapeur et plusieurs autres machines ingénieuses.

« Il est auteur d'un traité de physique médicale fort estimé et de beaucoup d'autres mémoires aussi sérieux que bien pensés.

« Quand nous voyons un esprit si distingué quitter la terre sans y avoir obtenu la compensation de ses vertus, nous devons croire et espérer que la justice divine lui réserve la récompense des élus. Adieu, Pelletan ! ! »

—

M. le docteur Talma, membre de l'Académie de médecine, a pris la parole à son tour. Il s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

« Après les paroles que vient de prononcer M. Jobard, je n'aurais plus rien à ajouter, si je ne considérais comme un devoir d'élever ici la voix en la triple qualité de Français, de collègue et même d'ancien élève de M. Pelletan. S'il fût mort dans notre patrie commune, au lieu du modeste hommage que lui rend ici ma voix, que de bouches plus éloquentes que la mienne auraient pris la parole !... Au lieu de la petite assemblée de famille qui m'entoure, quelle foule l'aurait accompagné au champ du repos !... Mais puisqu'il a fermé les yeux loin du pays dont il fut pendant quarante ans l'ornement et la gloire, loin de cette Académie, de ces savants si fiers de le compter dans leurs rangs, loin surtout de cette foule immense d'élèves, de cette ardente jeunesse de nos écoles, qui se seraient disputé l'honneur de porter comme en triomphe sa dépouille mortelle ; puisqu'enfin je ne puis parler de ses talents d'une manière digne de lui, oublions le savant pour ne parler que de l'homme.

« Comme celle du juste, sa vie s'est écoulée à faire le bien. Avide de savoir, avide de répandre la science, Pelletan a fait de son existence deux parts bien distinctes qui, réunies, forment toute sa vie : il s'est instruit et il a instruit les autres. Tous ceux qui ont assisté à ses cours de l'hiver dernier savent avec quelle profondeur et quelle simplicité il a abordé les questions de la plus haute portée. Mais je m'aperçois que, malgré moi, je reviens à ses talents et que j'oublie ses vertus privées. Nous l'avons vu, dans son intérieur, époux tendre, père et ami dévoué ; ses élèves, hors des bancs de l'école, ne le regardaient plus comme un maître, mais comme un protecteur. Que de noms, aujourd'hui bien célèbres, ont fait leurs premiers pas vers la postérité, soutenus par la main de Pelletan ! Espérons donc, messieurs, qu'il reçoit aujourd'hui la récompense du bien qu'il a fait : Dieu, j'ose le dire, lui doit cette récompense, car il a en quelque sorte, lui aussi, rempli une belle et noble mission : il a instruit ceux qui ignoraient : et n'est-ce donc pas accomplir une des sept œuvres de miséricorde spirituelle ?

« Ses derniers moments ont répondu à sa vie : rejetant toutes les idées du philosophisme du XVIIIe siècle, le chrétien caché, mais non effacé par le savant, a reparu ; il est mort comme il a vécu : en honnête homme ; son dernier soupir a été, de même que sa vie, un profond enseignement. — Oui, Pelletan, vous l'avez dit, à votre dernière leçon (et nous ne pensions pas alors pouvoir vous appliquer sitôt à vous-même ces belles paroles) : L'homme peut bien produire, mais Dieu seul peut créer. Oui, vous aussi avez pu mettre au jour des ouvrages brillants, des élèves remarquables ; mais Dieu, et Dieu seul pouvait créer une âme, un esprit, un génie tels que les vôtres. »

Après ces paroles touchantes, écoutées avec une vive émotion, l'assistance s'est séparée en silence et en jetant un dernier regard de douleur et de regret sur la tombe qui va renfermer à jamais la dépouille mortelle du savant et de l'homme de bien dont on déplorera longtemps la perte.

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE

DE

BELGIQUE.

ANNÉE 1844-1845. — N° 8.

SÉANCE DU 29 JUIN 1845.

Président, M. Vleminckx;
Secrétaire, M. Sauveur.

A dix heures, la séance est ouverte.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

I. — COMMUNICATIONS DU GOUVERNEMENT.

M. le Ministre de l'Intérieur invite l'Académie à faire examiner l'appareil inventé par M. Th. Scheidweiler pour rendre l'eau de mer potable, et à s'assurer si l'eau obtenue par cet appareil n'a aucune qualité nuisible ou désagréable qui puisse la rendre impropre

comme boisson ou pour la cuisson des aliments. (Renvoi à l'examen d'une Commission à nommer par le Bureau : elle se composera de MM. Froidmont, De Hemptinne et Stas.)

En rappelant à la Compagnie l'avis qu'il lui a demandé sur les mesures qu'il peut y avoir à prendre relativement à la vente des substances vénéneuses, M. le Ministre de l'Intérieur lui transmet une copie du projet de loi que le Gouvernement français a préparé sur la matière. (Renvoi à la cinquième section.)

II. — CORRESPONDANCE.

Un médecin français demande à l'Académie de l'éclairer sur l'esprit de la question qu'elle a proposée sur les applications que l'on a faites de la physique et de la chimie à la médecine théorique et pratique, depuis le commencement de ce siècle. (Cette lettre est renvoyée à la Commission centrale, qui sera chargée de l'examen des questions du concours de 1847.)

La section de médecine de la Société royale académique de la Loire-Inférieure annonce, par l'organe de son secrétaire, M. le docteur Lequerré, qu'elle accepte volontiers d'entrer en relation avec l'Académie, et de faire avec elle un échange de publications.

Le sieur Remont, de Corswiller (France), offre à la Compagnie de lui communiquer, moyennant une indemnité, les recettes de trois remèdes secrets qu'il préconise pour la guérison de la goutte, de la fièvre froide et de la coqueluche. (Ordre du jour.)

M. Seutin adresse la lettre suivante, en réponse à celle de M. A. Uytterhoeven, qui a été communiquée à l'Académie dans sa dernière séance :

« Messieurs,

« La décision qu'a prise la Commission nommée pour apprécier la valeur de ma méthode de traitement des fractures compliquées, d'emprunter des faits à la clinique de l'hôpital Saint-Jean, afin de les opposer à ceux qu'elle était chargée d'observer dans mon service, me donnait, je pense, le droit d'exiger que ces faits fussent rapportés d'une manière complète, afin de me mettre à même de contrôler les conséquences qu'elle en a tirées. Or, les deux faits puisés dans la clinique de M. Uytterhoeven, sont dépourvus de cette qualité, et l'Assemblée, j'aime à le croire, n'a pu qu'approuver ma demande de les voir compléter.

« A cette fin, à qui s'adresser mieux qu'à M. Uytterhoeven, chef de ce service et membre de l'Académie? En faisant cet appel à mon honorable collègue, et en le priant, en outre, de venir éclairer la Compagnie de ses lumières, je ne croyais guère avoir pu blesser sa susceptibilité, et dans ma demande je cherche vainement encore ce que ce collègue appelle esprit de personnalité. Si je ne m'attendais pas à une réponse catégorique de sa part, j'étais loin de supposer cependant, je l'avoue, qu'il eût saisi cette occasion pour donner une leçon à l'Académie et à moi : à l'Académie, au sujet de l'insignifiance et du peu de portée d'une question que ce corps a jugée digne d'un examen approfondi ; à moi, sur la passion, l'esprit de système, l'amour-propre, etc., dont, de son autorité privée, il me déclare imbu. Je dois donc à ce double titre un mot de réponse à M. Uytterhoeven.

« Ce collègue, après avoir fait son portrait comme celui d'un homme dégagé de tout ce qu'il y a de petit et

de passionné dans l'esprit humain, et envisageant toujours la science d'un haut point de vue, trouve la question resserrée dans des limites trop étroites, pour qu'il se croie obligé d'entrer dans la discussion. Je pense que ce dédain de M. Uytterhoeven ne provient que d'un manque de réflexion. Les fractures compliquées et graves ne sont-elles pas, en chirurgie, les affections les plus fréquentes, les plus variées, les plus étendues et les plus difficiles à traiter ? Où trouve-t-on plus d'incertitude dans les résultats, plus de divergence dans les opinions sur le traitement ? Apprécier la valeur d'une nouvelle méthode de traiter ces lésions, n'est donc pas, quoi qu'en dise M. Uytterhoeven, une chose inutile à l'humanité. Il ajoute ensuite que « ce n'est pas avec quelques cas de fractures choisies, avec plus ou moins de prédilection, que l'on peut faire pencher la balance, en faveur de l'une ou de l'autre méthode. » M. Uytterhoeven ignore donc que tous les cas de fractures qui ont été traités à Saint-Pierre, dans l'espace d'un an, ont été l'objet de l'examen de la Commission, et que s'il y a eu triage, c'est parce qu'elle a cru devoir choisir les plus graves, afin de se conformer à ma proposition. Avant de m'adresser un semblable reproche, la loyauté exigeait au moins que mon honorable collègue s'éclairât des travaux de cette Commission. Il a comparé, dit-il, toutes les méthodes, et en cela il a suivi la conduite de tout praticien qui a encore une opinion à se former, car avant de juger il faut comparer. Mais ai-je jamais demandé autre chose que la comparaison? Seulement j'ai ajouté qu'il fallait la faire avec impartialité et sans prévention, et surtout bien connaître chaque méthode, afin que des erreurs d'application ne fussent pas prises pour des dé-

fauts. Or, c'est le jugement de M. Uytterhoeven que j'étais désireux de voir porter.

« J'accepte avec empressement la proposition de notre honorable collègue : si la Commission avait cru utile la marche qu'il indique pour résoudre la question, elle pouvait la suivre; les registres de mon hôpital étaient à sa disposition. Je suis bien persuadé que la comparaison eût été tout en faveur des fractures traitées à l'hôpital Saint-Pierre. Je souhaite qu'en suivant cette marche, l'Académie puisse immédiatement juger cette question; mais qu'on me permette d'en douter. En effet, ce n'est pas par des chiffres que l'on peut juger de la valeur d'un agent chirurgical. Au reste, Messieurs, le résultat statistique de Saint-Pierre donne quatre cent quatre-vingt-dix fractures de 1834 à 1844, et la clinique externe gratuite que j'y ai établie depuis 1822, en fournit annuellement une moyenne de dix-neuf à vingt; le nombre total s'élève donc à six cent quatre-vingt-dix, mais quelle induction peut-on tirer de là?

« Et moi aussi je dirai que mon temps est trop précieux, non pas pour le perdre en siégeant à l'Académie, mais bien pour entreprendre une polémique de cette nature. La lettre de M. Uytterhoeven me prouve une chose, c'est qu'il craint d'y venir soutenir une opinion qui rencontrerait de rudes adversaires. Doit-on avoir peur de combattre quand il s'agit de science et d'humanité? Si un jour il a aussi le bonheur de faire une découverte utile, je trouverai bien légitime qu'il vienne soutenir devant l'Académie, avec chaleur et conviction, les principes qu'il aura posés. Du reste, M. Uytterhoeven doit se rassurer, il pourra les défendre d'une manière conforme à son caractère, et

personne ne l'en blâmera. Quand on appartient à un corps savant et qu'on se trouve dans une position à pouvoir l'éclairer, il y a obligation à le faire; s'y refuser, serait manquer au plus sacré de ses devoirs. »

L'Assemblée ordonne la publication de cette lettre dans le Bulletin de la séance. Il sera statué ultérieurement sur son contenu.

III. — COMMUNICATIONS DU BUREAU.

M. le Président annonce que le Bureau a reçu deux nouveaux Mémoires, en réponse à la question sur la chlorose et l'anémie.

Le premier portant une date antérieure à la fermeture du concours, a été envoyé le 3 juin, au secrétariat de la Compagnie, par M. le Ministre de l'Intérieur, auquel il avait été adressé. Il a pour épigraphe :

> Je n'ai point tiré mes principes de mes préjugés,
> mais de la nature des choses.

Le second Mémoire, portant pour épigraphe les mots :

> Occasio præceps.

est arrivé le 19 juin avec une lettre non signée, dans laquelle son auteur déclare qu'il a été induit en erreur sur la date de la fermeture du concours.

L'Assemblée décide que le premier de ces Mémoires sera admis à concourir pour le prix créé par l'Académie, et que la Commission du concours sera entendue sur le second, ainsi que sur la lettre qui l'accompagne.

IV. — COMMISSION DES ÉPIDÉMIES ET DES ÉPIZOOTIES (1).

L'Académie nomme membres de cette Commission

(1) Voir *Bulletin*, tome IV, pages 354 et 437.

MM. Verheyen, Gaudy, Craninx, Fallot, Stas, Van Coetsem et François. Cette nomination est faite pour un terme de trois ans.

V. — RAPPORTS.

Demande *relative à un échantillon d'orge perlé réduit en gruau, faite à l'Académie par M. le président de l'établissement des Moulins à vapeur de Molenbeek-Saint-Jean lez-Bruxelles.* — M. Mareska, rapporteur (1).

Vers la fin de septembre 1844, M. le président de l'établissement des Moulins à vapeur de Molenbeek-Saint-Jean, a fait parvenir à l'Académie un échantillon d'orge perlé réduit en gruau, avec prière de l'examiner. Dans une note, jointe à cet échantillon, il s'efforçait d'établir que ce produit est préférable au riz, tant sous le rapport du prix que sous celui des qualités nutritives, et il exprimait le désir que l'Académie énonçât son opinion sur cette supériorité.

M. le Ministre de l'Intérieur, par lettre du 5 novembre 1844, a consulté l'Académie sur le même objet.

Désignés pour faire un rapport sur cette communication, nous avons reconnu qu'elle ne présentait aucun intérêt scientifique, et qu'elle avait été faite très-probablement dans le but d'obtenir de l'Académie une approbation, afin de pouvoir, à la faveur de celle-ci, répandre plus avantageusement dans le public un objet de commerce. Votre Commission jugeant que la Compagnie doit éviter soigneusement que l'on se serve de son

(1) La Commission était composée de MM. Guislain, Hensmans, Van Coetsem et Mareska.

nom pour favoriser une spéculation commerciale quelconque, a été unanimement d'avis qu'il n'y a pas lieu de s'occuper de la demande faite par la direction de l'établissement des Moulins à vapeur.

— Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées. Elles seront transmises à M. le Ministre de l'Intérieur.

Observations *de fractures compliquées traitées avec succès par le bandage amovo-inamovible, appliqué immédiatement après l'accident et maintenu pendant toute la durée du traitement;* par le docteur Mussche. — M. Langlet, rapporteur (1).

Messieurs,

Organe de la Commission à laquelle vous avez renvoyé les observations de fractures compliquées, que vous a adressées M. le docteur Mussche, nous venons nous acquitter de notre mission, en vous faisant un rapport verbal. Ces observations, au nombre de trois, vous ont été adressées dans un moment où la question du traitement des fractures par l'appareil de M. Seutin, était à l'ordre du jour, et l'auteur a pensé que la Compagnie recevrait avec plaisir la communication des faits dont voici l'analyse.

Première observation. Le nommé Maes, âgé de trente-huit ans, eut, le 25 mars 1836, le tibia droit écrasé par une charrette lourdement chargée. Il y avait de nombreuses esquilles et une plaie offrant trois pouces d'étendue; la réduction obtenue aussi complète que possible, l'appareil ordinaire fut appliqué; irrigations d'eau froide et saignée de douze onces; le 29 mars, l'eau froide est remplacée par

---

(1) La Commission était composée de MM. Lebeau, Graux, Tallois, Phillips et Langlet.

des fomentations émollientes; purgatifs légers. Le 1er avril, le blessé est pris de délire, il arrache son appareil et fait même quelques pas; saignée de dix onces. M. Mussche extrait neuf esquilles et réapplique l'appareil à attelles; diète. Le 4 avril, nouvelle saignée de huit onces; du pus sort à travers la plaie; débridement de celle-ci, et extraction de nouvelles esquilles; l'appareil est de nouveau appliqué; le délire cesse. Le 10 avril, un abcès se montre à la partie externe du membre; il est ouvert. Le 11, l'aggravation des symptômes phlegmoneux et leur extension à tout le membre, engagent M. Mussche à réclamer les lumières de M. Seutin : des ouvertures nombreuses sont pratiquées; une quantité prodigieuse de pus sanieux s'échappe; le décollement s'étend jusqu'aux muscles fessiers. L'application du bandage amidonné est faite alors, et on a soin de ménager dans les bandes, des ouvertures pour l'écoulement de la matière; un régime convenable est prescrit, et l'amélioration ne se fait point attendre. Le 30 avril, il n'y a presque plus de décollement. Le 4 mai, un abcès est ouvert au jarret; il y a hémorragie artérielle considérable; une compression méthodique la fait cesser. Le 19 juin, la fracture est consolidée, néanmoins des fistules entretenues par des portions nécrosées du tibia, non encore sorties, continuent, pendant longtemps, à se montrer.

Deuxième observation. Madame V...., fermière, âgée de soixante-huit ans, se fracture le tibia gauche près de l'articulation tibio-astragalienne, avec issue du fragment supérieur à travers les chairs; l'application de l'appareil amidonné est faite immédiatement après la réduction. Aucun accident n'est venu entraver le traitement; la section du bandage a permis d'observer le membre, et

la consolidation étant complète, le bandage fut continué seulement, par mesure de précaution.

Troisième observation. Platiau, âgé de trente-six ans, a la jambe droite fracturée entre les rayons de la roue de sa charrette, le 21 mars 1838; la fracture du tibia est comminutive; il y a plaie; l'aspect du membre est hideux. L'appareil amidonné est appliqué immédiatement et soutenu par trois attelles en fer-blanc. Le lendemain, le blessé est transporté à une lieue de distance; des abcès sont ouverts; une grande portion du tibia est extraite; le traitement est long, il dure deux années, mais aujourd'hui la guérison est telle que Platiau a repris ses occupations de garçon brasseur.

Tel est le résumé des trois observations de M. Mussche, dont la Commission vous propose le dépôt dans les archives de la Compagnie.

— Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées sans opposition.

Proposition *relative au traitement des fractures;* par M. Seutin, membre titulaire. — M. Phillips, rapporteur (1).

(SUITE DE LA DISCUSSION.)

— M. Seutin : Messieurs, dans l'avant-dernière séance, j'ai passé en revue une partie du rapport de la Commission que vous avez chargée de l'examen de ma proposition, et je suis resté à l'observation du nommé Van Opdenbosch. Permettez-moi de continuer aujourd'hui l'analyse de ce travail.

---

(1) Voir *Bulletin*, tom IV, page 555.

Voici, dit M. le rapporteur, un second fait aussi grave que le précédent :

« Le nommé Van Opdenbosch, âgé de vingt-neuf ans, étant tombé d'un arbre, se brisa le fémur droit et les os de l'avant-bras ; le radius sortait à travers la peau. La mâchoire inférieure fut aussi brisée, en trois points différents. Toutes ces parties étaient très-tuméfiées. L'application immédiate de l'appareil fut faite à chacune de ces lésions, et l'extension de la cuisse fut produite par des sacs de sable. On fit plusieurs saignées; le délire était devenu tel qu'on fut obligé de lier le malade dans son lit. Après une médication antiphlogistique énergiquement employée, le délire cessa, et les fractures furent traitées comme des fractures simples. Le malade sortit de l'hôpital le 29 novembre, ayant le membre un peu raccourci, mais les mouvements de la cuisse et de la jambe libres, et marchant sans boiter ; la mâchoire est un peu déformée, mais ses mouvements ont conservé toute leur étendue et toute leur liberté. »

Ce fait, d'après le rapport, prouve à toute évidence l'efficacité de ma méthode dans les fractures comminutives, compliquées, et présentant, par conséquent, de grandes difficultés pour maintenir le membre fracturé. J'insiste sur ce point avec d'autant plus de raison, que nous verrons bientôt qu'on m'oppose une fracture du fémur compliquée de délire, dans laquelle le bandage n'a pu être conservé.

« C'est, on ne peut en douter, continue le rapport, à la compression méthodique et uniforme qu'il faut rapporter de tels succès. » Non, Messieurs, ce n'est pas seulement à la compression méthodique et uniforme

que ces succès doivent être attribués ; mais à l'ensemble des moyens que j'emploie. C'est par la coaptation immédiate, par l'extension et la contre-extension, par la modification journalière du bandage, d'après les nécessités, par l'inspection incessante de la fracture ; c'est en parvenant à modérer tous les éléments inflammatoires, à neutraliser l'action musculaire ; c'est enfin, lorsque survient le délire, en mettant le malade dans l'impossibilité absolue de déranger l'appareil et même de le détruire, que j'obtiens de pareils succès.

Au nombre des planches qui seront jointes à un travail que je me propose de publier, et dont je m'occupe en ce moment, il s'en trouve une que je crois devoir mettre sous vos yeux, dès à présent, pour vous donner une idée de ce que j'appelle extension et contre-extension ; on y voit, Messieurs, l'une et l'autre mises à la portée de tout le monde. Lorsqu'on emploie cette méthode bien simple, il est impossible que le bandage se dérange, le malade fût-il en délire.

« L'inamovibilité, dit la Commission, a dans les fractures de cette espèce, des avantages que nulle autre méthode ne possède : le principal, le plus important de tous, c'est la facilité qu'elle laisse aux malades de sortir de leur lit. »

Messieurs, ces avantages ne sont pas les seuls que présente ma méthode. Le principal est l'inspection facile du membre, maintenu dans l'immobilité et de manière qu'il ne puisse survenir le moindre accident.

Je ne parlerai plus de la possibilité de prévenir le sphacèle et la gangrène ; mais je dois dire que celui qui pense que ces accidents peuvent arriver par suite de l'application du bandage amidonné, est incapable d'ap-

précier les avantages de tous les éléments qui constituent la méthode amovo-inamovible.

Cette méthode, permet de modifier l'appareil, de pratiquer les opérations sans danger, d'éviter et même de combattre tous les symptômes inflammatoires qui se présentent très-fréquemment, quels que soient, du reste, les moyens que l'on emploie.

La Commission continue et dit : « Il en est de même des fractures des membres supérieurs, quelles que soient leurs complications. Mais ces avantages sont-ils aussi réels dans les cas de fractures très-obliques du fémur? Nous avons vu plus haut qu'on attribue à l'appareil l'inconvénient grave du relâchement des bandes, par suite de la diminution du gonflement, et qu'ainsi les fragments obliques ne sont plus en rapport, qu'ils peuvent chevaucher et produire ces raccourcissements si fréquents à la suite des fractures obliques du fémur. »

Messieurs, je pourrais demander à la Commission où elle a vu cela, car elle a dû constater tout le contraire dans mon hôpital : je me suis efforcé, en effet, de lui démontrer que le bandage ne se relâche jamais. Ce passage du rapport est donc complétement erroné. Il ne faut pas connaître l'action de l'amidon sur le linge, pour prétendre qu'un bandage enduit de cette matière, puisse se relâcher. Pour ce qui concerne le retrait du membre, sans doute il devrait avoir lieu, comme le dit le rapport, mais la Commission a vu avec quel soin je surveille les fracturés, afin de prévenir cet inconvénient : j'incise le bandage à la partie externe, d'une part, et à la partie interne de l'autre ; j'en fais chevaucher les valves, et la cuisse, fût-elle énorme, peut être réduite à un volume très-minime. Vous voyez donc

qu'il y a ici erreur de la part de mes honorables collègues.

« Mais deux faits, continue le rapport, ne peuvent suffire pour établir la prééminence d'une méthode à l'exclusion générale des autres ; et remarquez, Messieurs, que dans le traitement des fractures obliques du fémur, l'appareil inamovible, appliqué immédiatement, perd son principal avantage, qui est de permettre aux malades de sortir de leur lit. On voit, en effet, que pour maintenir les fragments en contact, M. Seutin est obligé de produire une contre-extension, et une extension au moyen d'un sac de sable, suspendu à une corde et passant sur une poulie. Le malade est donc obligé de rester au lit. D'ailleurs, au premier fait si remarquable de la clinique de M. Seutin, nous devons opposer un autre fait de la clinique de M. Uytterhoeven. »

Il est évident que la Commission n'a pas bien compris la manière d'agir du bandage amidonné. Sans doute le malade devra rester au lit pendant le temps nécessaire à la dessiccation, et ne pourra le quitter avant vingt-quatre ou trente-six heures ; mais une fois cette dessiccation obtenue, rien n'empêche qu'il n'en sorte, absolument comme cela a lieu dans les fractures non obliques. J'ajoute que la dessiccation ne doit pas même être attendue, si l'on veut recouvrir tout le bandage de valves de carton sec.

« Des accidents, dit-on, peuvent survenir. » Mais, Messieurs, peut-on, par les anciennes méthodes, maintenir la jambe plus immobile, éviter davantage le raccourcissement, et prévenir mieux les accidents ? Vous savez tous en quoi ces méthodes consistent ; les attelles, les fanons, les coussins, les lits mécani-

ques, les plans inclinés, les semelles de J.-L. Petit, les appareils de Mayor et de Bonnet, etc., empêchent-ils l'action musculaire? Ne voyez-vous pas, au contraire, que de la manière dont est appliqué mon bandage, il y a presque impossibilité que les os se déplacent et chevauchent aussi facilement les uns sur les autres, et qu'il se produise des raccourcissements? Je dis presque impossibilité, parce qu'il n'y a pas un homme de l'art, qui puisse dire que dans une fracture oblique du fémur, il n'y aura jamais de raccourcissement. J'en appelle sur ce point à tous les chirurgiens praticiens. Dans une pareille fracture, l'action musculaire est trop forte pour que la position puisse être maintenue; mais c'est déjà un beau résultat de n'avoir que deux ou trois lignes de raccourcissement : tous mes collègues ici présents diront que dans une semblable affection osseuse, il n'est guère possible d'être plus heureux.

« Deux faits, dit-on, ne peuvent suffire pour établir la prééminence d'une méthode à l'exclusion générale des autres. » Messieurs, je signalerai encore ici une plus grande erreur ou un plus grand oubli de la part de la Commission. Je ne lui ai montré que ces deux cas de fracture oblique du fémur, c'est vrai; mais il ne faut pas un nombre immense de faits pour décider des avantages d'une méthode. M. Mussche vient de vous en présenter encore trois autres. En outre, pendant que la Commission rédigeait son prétendu rapport, pour me servir de l'expression de M. Graux, je lui adressai trois observations que j'ai récemment publiées, et qui sont à ajouter à plus de cent quarante autres, déjà connues. Quoi qu'il en soit, à ces deux faits, on en oppose deux autres; examinons ces derniers.

« Un des malheureux ouvriers, tombés d'un échafaudage dans la cour d'un hôtel de cette ville, fut transporté à l'hôpital Saint-Jean. On reconnut, à l'examen de ce malade, une fracture oblique du fémur avec plaie, une fracture de la mâchoire inférieure, et l'anéantissement complet des facultés intellectuelles. Le bandage amidonné fut immédiatement appliqué. Pendant la nuit le malade fut très-agité; on trouva le matin, à la visite, l'appareil relâché, les fragments chevauchants, et le blessé souffrant beaucoup. Nouvelle application du bandage; le lendemain, nouveau déplacement des fragments. M. Uytterhoeven abandonna l'inamovibilité, fit placer la jambe brisée sur un double plan incliné, et dès lors tous les accidents cessèrent. »

Messieurs, est-ce bien au bandage amidonné que l'on doit attribuer la pétulance et le délire du blessé, ainsi que la difficulté de maintenir l'appareil? On ne vous parle pas du mode que l'on a suivi, on ne vous dit pas si le malade, étant posé sur le lit et maintenu par un lien autour du corps, comme l'indique la planche que je viens de mettre sous vos yeux, pouvait porter les mains à l'appareil. Est-ce la faute du bandage si un blessé se trouvant en délire, défait l'appareil, et si le lendemain les fragments osseux chevauchent? Mais dans un cas semblable, on met un corset, un lien, un drap de lit, pour empêcher l'action du membre; on fait surveiller le malade; et je défie qu'on soutienne alors avec succès qu'un bandage amidonné bien appliqué ne soit pas préférable à tout autre.

Ainsi donc, si l'on avait appliqué dans ce cas la méthode, comme je le fais, avec des attelles ou des courroies, cela ne serait pas arrivé. D'ailleurs rien n'empêche de

joindre au bandage amidonné la méthode ancienne, pour plus de sécurité.

Mais, dit-on, le lendemain il y avait délire, et, de nouveau, le bandage a été défait! Encore une fois cela prouve-t-il que la méthode soit mauvaise? Chacun sait que le troisième ou le quatrième jour, les effets de la commotion cérébrale diminuent et que le délire cesse. Donc, si après cet intervalle, l'on a modifié le pansement, peut-on attribuer au changement de position, la cessation des phénomènes nerveux?

Eh! Messieurs, figurez-vous un homme ayant une fracture de cuisse ou de jambe, avec délire et contraction musculaire, et dont on met le membre fracturé sur un double plan incliné, en l'abandonnant à lui-même, et dites-moi ce qui doit en résulter?

Il faudrait ignorer le pouvoir de l'action musculaire, pour admettre que les fragments puissent être maintenus en rapport. La fracture fût-elle même simple, je nierais encore qu'une coaptation exacte pût avoir lieu. D'ailleurs, l'expérience a fait justice de cette méthode ancienne, et peu de praticiens aujourd'hui suivent les principes adoptés par le célèbre Pott.

Vous le savez, Messieurs, quand on remet tous les muscles dans le relâchement, quand on ôte tous les liens qui fatiguent le blessé, le calme peut revenir; mais s'ensuit-il qu'on ne doive pas forcément maintenir une fracture réduite, lorsque le malade se trouve dans le délire? D'où vient, au surplus, que dans les deux observations de l'hôpital Saint-Pierre, qui concernaient des cas bien plus graves que celui-ci, l'application du bandage amidonné n'ait pas été accompagnée des mêmes inconvénients?

Je passe au second fait :

« Un petit malade fut également apporté à l'hôpital Saint-Jean, pour y être traité d'une fracture très-oblique de la cuisse avec issue des fragments, le supérieur au côté externe, et l'inférieur au côté interne. M. Uytterhoeven fit recouvrir tout le membre avec des cataplasmes, et le plaça sur un double plan incliné. Ce petit malade, qui souffrait horriblement lorsqu'on étendait son membre, sentit cesser les douleurs aussitôt après que l'on eut donné à la cuisse la position fléchie. »

Des cataplasmes, et toujours des cataplasmes ! Certainement ce moyen peut ramener le calme ; mais notez bien, Messieurs, que le petit malade souffrait horriblement lorsqu'on voulait allonger le membre fracturé, et que les douleurs disparaissaient, dès qu'on le laissait tranquille sur le plan incliné. Cela devait être, car c'est ce que nous voyons tous les jours. Celui qui a la cuisse ou la jambe cassée, et qui gît à terre ou sur un matelas, ne souffre presque pas ; mais aussitôt qu'on le touche, dès qu'on essaie de faire la coaptation, il se met à crier. Mais est-ce une raison pour le laisser dans la position où il se trouve? Evidemment non ; le mal qu'on lui fait alors, tend à opérer un grand bien.

Si au lieu de laisser le petit blessé sur un plan doublement incliné, on eut opéré la coaptation définitive, on lui eût vu faire ce que font tous ceux que l'on traite à l'hôpital Saint-Pierre ; il eût pris ses béquilles et s'en serait allé ou se promener immédiatement après, ou se reposer sur son lit. Les fracturés souffrent, il est vrai ; mais aussitôt que le bandage amidonné est placé, leurs douleurs s'évanouissent. Des témoins oculaires ici présents peuvent confirmer ce que j'avance. N'a-t-on pas vu cette semaine

encore, à l'hôpital Saint-Pierre, un jeune homme qui, entré à onze heures dans mes salles, avec une fracture complète de la jambe, accompagnée de gonflement et d'ecchymoses, marchait avec des béquilles, à onze heures et demie, immédiatement après l'application du bandage amidonné, recouvert de valves de carton sec, que je plaçai moi-même, en présence de plusieurs médecins étrangers et des élèves qui suivent habituellement ma clinique? Je crois qu'à l'hôpital Saint-Jean, les choses ne se passent pas ainsi. Je respecte l'opinion de mon honorable collègue; car je n'ai jamais voulu, quoi qu'il en dise, lui imposer la mienne. Je n'impose ma méthode à personne; j'engage seulement les praticiens à en faire l'essai. De là à l'imposer, il y a loin. Je connais trop l'esprit médical pour en agir autrement.

On se garde bien de nous faire connaître ce qui s'est passé pendant toute la durée de la cure dont il est ici question. La Commission ne dit pas s'il y a eu raccourcissement du membre; c'est ce que j'aurais voulu apprendre de M. Uytterhoeven lui-même. C'est un des motifs pour lesquels j'eusse désiré sa présence à cette séance.

J'ai appelé cet honorable collègue sur le terrain de la discussion et de l'expérience; certes il ne se trouverait pas déplacé ici. En lui adressant cet appel, j'ai cru lui être agréable, tout en faisant quelque chose d'utile à l'humanité. Il m'arrive, je l'avoue, d'être véhément quand je défends des choses aussi vraies, aussi évidentes que celles dont il s'agit en ce moment; il m'échappe quelquefois alors des expressions vives, mais je m'empresse de les rétracter dès qu'elles peuvent paraître blessantes pour qui que ce soit. Je crois que ni

moi ni aucun de nous ne voudrait manquer à M. Uytterhoeven ; mais je n'admets pas l'excuse qu'il allègue pour ne pas paraître ici. J'accepte encore beaucoup moins sa proposition de statistique. Qu'il vienne défendre son système et combattre le mien ; je me soumettrai volontiers au jugement de l'Académie. J'appelle la discussion sans vanité, sans amour-propre, dans le seul intérêt de l'humanité et de la science; qu'il vienne donc, qu'il fasse violence à ses habitudes, la question en vaut la peine. Dans tous les cas, j'attends de lui ou de la Commission, que les deux individus qui font le sujet des observations puisées à la clinique de l'hôpital Saint-Jean, soient présentés à l'Académie. Je m'engage à vous faire voir les deux miens. L'Assemblée pourra juger ainsi des résultats dont la Commission a omis de parler.

On me reproche de n'avoir fourni que neuf observations de fractures. Mais parlez à tous ceux qui m'entourent ici, consultez les journaux, et ils vous en fourniront par centaines, par milliers même!! Je ne me suis pas borné à ces neuf cas, j'en ai montré jusqu'à satiété à MM. les membres de la Commission et à plusieurs autres de mes honorables collègues qui même ne veulent plus en voir, tant j'en ai soumis à leur examen !

Dernièrement encore M. Phillips est venu à l'hôpital Saint-Pierre où se trouvaient quatre ou cinq fracturés en traitement. J'y ai appelé notre honorable président; j'y ai appelé l'Académie entière. A l'appui de mes assertions, j'invoque le témoignage de MM. Marinus, Verbeeck, Guislain, Lombard, Daumerie, Dieudonné, Michaux, Craninx, Lutens, Didot, Gluge, Brogniez. Ce dernier a appliqué ma méthode aux chevaux, et j'ai

vu un jeune poulain qui avait eu la jambe fracturée, parfaitement bien guéri. M. Uytterhoeven lui-même a vu, dans son hôpital comme dans le mien, un grand nombre de fractures traitées par l'appareil amidonné, sans qu'il soit jamais survenu le moindre accident, quand le bandage était convenablement appliqué.

Je n'ai jamais travaillé dans l'ombre, et j'ai toujours mis ma méthode et ses résultats au grand jour. Aussi je livre toutes mes observations à la critique ; je demande même que l'on me combatte, mais d'une manière franche et loyale.

« On sait, continue le rapport, que l'on a à déplorer des revers aussi bien par l'usage constant de l'appareil amidonné que par l'emploi des autres méthodes ; et c'est précisément la différence de ces revers qu'il eût été important de constater. Mais pour arriver à ce but, il fallait procéder sur un nombre considérable de fractures, l'application immédiate de l'appareil, dans le cas de fractures comminutives ou compliquées, n'étant pas encore une question résolue pour la majorité des praticiens. La plupart de ceux qui adoptent avec raison l'inamovibilité font précéder l'application du bandage de quelques précautions. Ainsi par exemple, à l'hôpital Saint-Jean, on recouvre pendant plusieurs jours le membre fracturé avec des cataplasmes, et dans les cas très-graves, quand la réduction ne peut s'obtenir qu'au prix de grandes douleurs, on ne la tente que lorsque l'éréthisme musculaire a cessé. A l'hôpital militaire, les fractures traitées, sous la direction de M. Lebeau, ne sont pas immédiatement enfermées dans les valves de carton ; mais on cherche d'abord à faire cesser les accidents inflammatoires par les irrigations d'eau froide, et

lorsque le membre peut être presque impunément manipulé, on le place alors, mais seulement alors, dans l'appareil inamovible. Il ne faut pas se dissimuler que de nombreux revers, que de très-graves accidents n'ont eu d'autre cause que l'application immédiate de l'appareil; il n'y a pas de praticien qui n'en connaisse quelques histoires, et pour notre compte nous regrettons vivement que M. Seutin n'ait pu nous donner les renseignements nécessaires sur sa pratique de plusieurs années; indubitablement nous y eussions trouvé de ces faits malheureux, qui valent plus pour l'enseignement que des succès. »

En vérité, Messieurs, dans le paragraphe que je viens de vous lire, il n'y a pas un mot, pas une syllabe qui ne soient entachés, je ne dirai pas d'erreur, le mot est trop faible, je voudrais bien dire de malignité, mais je crains que cette expression ne soit pas convenable, elle serait cependant exacte...

— M. le Président : Je ne puis pas laisser passer de semblables expressions.

— M. Seutin : Soit; je me bornerai à dire d'inexactitude. Cependant, il y a autre chose : lisez le rapport d'un bout à l'autre, et vous verrez que le mot « inexactitude » est beaucoup trop doux, pour qualifier ce qu'a dit la Commission.

On vous parle toujours de revers, mais où sont-ils donc ces revers? La Commission n'a pas voulu sortir des neuf cas qu'elle a examinés à l'hôpital Saint-Pierre : or, aucun de ces cas présente-t-il un revers? Il n'y en a pas eu même l'ombre. Je somme la Commission de s'expliquer là-dessus.

Je vais plus loin : je défie qu'on me cite un seul re-

vers qui puisse être reproché à la méthode amovo-inamovible. Je ne parle pas du bandage amidonné, composé de quelques morceaux de carton et de bandes recouverts d'amidon, mais bien de toute la méthode bien comprise. Ainsi, on ne doit pas perdre de vue le ruban de fil huilé ou graissé qui se trouve sous le bandage, entre la peau du membre et la première couche de bandes, et que j'ai nommée *compressimètre*, (je ne suis pas helléniste), voulant faire entendre par là qu'il indique le degré de compression du bandage. Un appareil est appliqué : au bout de deux ou trois heures, je tire le ruban; s'il tient trop fortement, si le malade se plaint de quelque gêne, je fais l'incision; si, au contraire, il n'accuse pas de douleur, je laisse le bandage pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures; mais habituellement, que le ruban glisse ou ne glisse pas, qu'il y ait nécessité on non, j'incise aussitôt que la dessiccation est obtenue; j'ouvre le bandage d'un bout à l'autre; et à l'instant même, l'appareil est réduit à l'ancien bandage, avec cet avantage que le membre étant maintenu de toutes parts, à l'aide d'une compression douce et méthodique, on a déjà obtenu un effet résolutif supérieur à celui que produisent le froid, les cataplasmes et autres moyens, tels que sangsues, ventouses, scarifications, fomentations, etc., etc.

Si je vois alors que la compression peut devenir fâcheuse dans un endroit, j'y remédie sur-le-champ; en écartant les deux valves, je conserve toujours la moitié du membre et du bandage dans l'immobilité. Si j'ai à ouvrir des abcès, si je dois procéder à l'extraction des esquilles, je n'éprouve aucune difficulté; je passe ensuite au pansement. Pendant toute la durée de cette opération, il y a

impossibilité que le membre joue comme un pilon dans un mortier, ainsi qu'on vous l'a dit!

Veuillez, Messieurs, examiner cette coque amidonnée qui a servi à un coude malade, à une tumeur blanche : eh bien! le pansement a réduit en huit jours l'articulation à son volume naturel. Vous vous convaincrez par là que l'on coupe le bandage, dans d'autres maladies encore que dans les fractures, et avec autant de succès.

Si j'ai à traiter un coup de feu, j'incise le bandage dans la direction de la plaie, et j'y fais des ouvertures, par lesquelles je procède à l'extraction des corps étrangers et aux pansements.

Ne croyez pas, Messieurs, que même dans les fractures les plus comminutives, le blessé reste dans son lit. Peu de temps après que le bandage est posé, celui-ci devient tellement immobile qu'il n'y a plus d'accident à craindre par la marche, bien entendu, au moyen de béquilles. Il est plus difficile que vous ne croyez, de prouver l'évidence; mais je demande une chose, c'est qu'on vienne me faire des objections; je me sens assez fort, pour y répondre.

Je citerai ici un fait tout récemment arrivé en face de l'hôpital Saint-Jean. M. le professeur Van Huevel se rendait à la Maternité; la roue de la vigilante dans laquelle il était, se sépare de l'essieu, le conducteur tombe de son siége et se casse l'avant-bras. M. Van Huevel court lui-même à l'hôpital, et invite l'interne de garde à appliquer le bandage amidonné. Quel ne fut pas son étonnement d'entendre la réponse qui suit : « M. le professeur, il nous est enjoint de ne pas appliquer ce bandage dans des cas pareils, mais bien un cataplasme émollient! » Vous voyez, Messieurs, que

loin que ma méthode soit imposée, elle est mise à l'index à l'hôpital Saint-Jean. Pouvez-vous croire à une théorie comme celle-là? Au lieu de combattre d'emblée, par l'application de mon bandage, le gonflement et les accidents inflammatoires qui doivent nécessairement survenir dans une fracture avec issue des extrémités osseuses, etc., on préfère appliquer des cataplasmes!

Dans les fractures simples, disent mes honorables adversaires, nous vous autorisons à mettre immédiatement le bandage amidonné; mais dans les fractures *compliquées* nous ne pouvons vous l'accorder! En vérité, Messieurs, je n'en reviens pas. Autant vaudrait dire : fermez les yeux pour mieux voir! Quoi! dans une péripneumonie simple, lorsqu'un homme fort se plaint d'un point de côté, avec crachement de sang, vous le saignez; et dans une péripneumonie profonde, double, compliquée de pleurésie, etc., etc., vous ne saigneriez pas? Je dis, moi, que plus le cas est compliqué, plus il faut chercher à éloigner l'inflammation et ses accidents : ainsi replacer les os, rapprocher les chairs, établir une compression douce, méthodique, maintenir le tout dans une immobilité complète, combattre les accidents, voilà ce qu'il y a à faire immédiatement dans une fracture compliquée! Faut-il donc attendre que l'action inflammatoire se soit déclarée pour mettre le bandage? Ne vaut-il pas mieux de s'opposer à ce que cette inflammation se produise? Mais non : d'après mes contradicteurs, il faut laisser pendant quelques jours le membre recouvert de cataplasmes, donner à l'action musculaire le temps de faire chevaucher les os, et exposer le membre malade à mille inconvénients! ce n'est que quelques jours après, qu'ils accor-

dent la permission de faire du mal aux malades et de faire une coaptation moins exacte que si on s'y était pris à l'instant de la rupture osseuse! C'est comme si on pouvait encore pousser l'ignorance jusqu'à ne pas amputer immédiatement sur un champ de bataille, et attendre même trois ou quatre jours! Je ne veux pas insister plus longtemps sur ces théories; car j'aurais l'air de vouloir vous apprendre ce que vous savez mieux que moi. Je me bornerai à répéter : ramener les os les uns auprès des autres, les maintenir par une légère compression méthodiquement appliquée, surveiller le bandage et son action sur le membre, l'inciser à temps, saigner le malade, lui administrer l'émétique en lavage, le mettre au repos pendant vingt-quatre heures ou jusqu'à dessiccation de l'appareil, voilà le vrai moyen de n'avoir besoin ni de cataplasmes ni d'irrigations d'eau froide. D'ailleurs, ces irrigations, on ne les fait pas généralement à l'hôpital militaire; je prie M. Lebeau de s'expliquer à cet égard : je connais assez la franchise de son caractère, pour être persuadé qu'il voudra bien nous dire pourquoi on se les permet quelquefois.

On vous a dit (et je ne sais comment une Commission composée de cinq membres, a pu émettre une pareille opinion) : « Cette compression que vous prétendez si méthodique, si exempte d'accidents, devient d'autant plus dangereuse qu'elle dépend du tact du chirurgien! » Messieurs, j'avoue que cette phrase m'a fait peine; il faut l'effacer du rapport; il ne faut pas que l'on dise un jour que l'Académie royale de médecine de Belgique, que la chirurgie de notre pays, actuellement pratiquée par des hommes capables et instruits, aient permis d'avancer au XIXe siècle, qu'une méthode qui requiert la

compression méthodique est d'autant plus dangereuse qu'elle dépend du tact du praticien ! c'est à n'en pas revenir. Ce ne peut être que pour faire discréditer la compression, que la Commission a osé parler ainsi. Elle sait que c'est ce moyen qui a arrêté, éloigné de la méthode les chirurgiens timides ou incapables ; elle sait qu'avec cette expression, elle fera trembler les faibles, et qu'en la joignant aux mots ronflants de gangrène, sphacèle, accidents formidables, etc., elle arrêtera la plupart des chirurgiens! On dirait, en vérité, que la Commission n'a eu en vue que d'arrêter l'élan donné à la méthode, qui a pour appui, pour base, *le tact du praticien.* En effet, Messieurs, que peut-on demander de plus que ce tact précieux, qui réside dans la main ; dans cette main, chef-d'œuvre de la création ; dans cette main douée du sens le plus exquis, LE TOUCHER ! ! ! Ne dirait-on pas que MM. les membres de la Commission regrettent que ma méthode soit dotée de cet immense avantage, qui la rend en quelque sorte infaillible ! Arrière de cette méthode, vous qui n'avez ni tact, ni pratique! mais si vous ne la connaissez pas, abstenez-vous au moins de la critiquer. Votre critique nuira aux malheureux blessés ; à la méthode, jamais : celle-ci marchera en dépit de vos efforts ; elle marchera parce qu'elle est vraie, parce qu'elle est utile, parce qu'elle est nécessaire.

Certainement il faut que le praticien sache en faire l'application, mais il en est ainsi de tout moyen de guérison : lorsqu'il s'agit par exemple de donner des émétiques ou des purgatifs, il faut bien que le médecin connaisse les doses qu'il veut administrer. Sans doute la maladresse d'un chirurgien peut occasionner des revers; mais je puis le dire, depuis que je coupe le bandage

amidonné, depuis que j'y ai mis le ruban *compressimètre,* il ne m'est pas arrivé un seul accident; il ne peut plus même en survenir.

Peut-être nous parlera-t-on de cet anglais qui pirouettait dans les lieux publics. Cet homme a fait le saut périlleux; il s'est cassé la jambe en deux endroits, et les feuilles publiques ont annoncé qu'il marchait, au moment même où il succombait. On me reprochera sans doute de ne pas avoir publié cette mort; mais je n'avais nul besoin de le faire; les journaux ont pris ce soin. Eh bien, Messieurs, j'en appelle à ceux qui ont fait l'autopsie de cet homme : ils vous diront que le tibia et le péroné étaient doublement fracturés; qu'un phlegmon avait détruit toutes les parties molles; que l'articulation du genou était pleine de suppuration; que la résorption purulente s'était établie, et qu'on a trouvé le côté droit de la poitrine rempli de pus.

Il est encore bien d'autres faits qu'on pourrait invoquer: par exemple, celui d'un individu auquel j'ai appliqué moi-même le bandage, alors que j'étais encore tellement inexpérimenté que je mettais l'amidon sur toutes les éminences osseuses. Pendant plusieurs jours, j'interrogeai le blessé, qui me répondait qu'il n'avait pas de mal. J'aperçus cependant un peu de suppuration sur le linge; je défis bien vite le bandage, (je ne faisais pas encore l'incision, cette idée ne m'est venue que plus tard), et qu'est-ce que je trouvai? une escarre s'étendant le long de la crête du tibia jusqu'au coude-pied, sur le premier métatarsien. Ces accidents se sont représentés trois, quatre et même cinq fois, chez d'autres fracturés. C'est alors que j'ai conçu l'idée d'ouvrir le bandage, afin de m'assurer si des ulcérations ne se forment pas,

et depuis ce moment je parviens à éviter de semblables inconvénients.

Je citerai encore un autre fait. Un coup de feu enlève toutes les parties molles et le péroné d'une jeune fille; la blessure siége près de l'articulation du pied; un interne applique l'étrier amidonné; des phlyctènes et le tétanos se déclarent au troisième ou au quatrième jour. Eh bien, Messieurs, si dans cette circonstance, on avait mis du carton dans le bandage, on eût infailliblement attribué ces accidents à ma méthode.

Je ne crains pas de rappeler ces faits. Je n'ai pas peur moi de venir confesser mes fautes dans cette Assemblée? Mais il y a de ces méchancetés qu'on débite hors d'ici, et dont je me console du reste, parce que, comme vous le savez tous, il y a certaine boue qui ne salit pas.

M. le Président est venu me voir un jour à mon hôpital, précisément au moment où la jambe d'un individu venait d'être écrasée par une charrette pesant 2,500 livres. C'était un cas d'amputation, mais j'eus la témérité d'attendre, confiant, comme je le suis, dans ma méthode; eh bien! depuis ce temps la Commission et d'autres honorables collègues qui siégent dans cette enceinte, ont vu ce blessé qui est sur le point d'être guéri. Cependant la partie écrasée était pour ainsi dire aplatie; elle contenait une infinité d'esquilles; il y avait hémorragie, etc., et malgré tous ces désordres, j'osai appliquer mon appareil. Si des accidents étaient survenus pendant le traitement, aurait-on dû les attribuer au bandage? Si, par exemple, le blessé eût succombé aux phénomènes de résorption, eût-on été en droit de rechercher dans le traitement employé la cause de sa mort?

J'ai perdu depuis peu un blessé atteint de fracture

compliquée de la partie inférieure de la jambe, avec déchirure des téguments et des troncs nerveux, qui s'étendait jusqu'à l'articulation du pied. M. Graux se trouvait présent au moment de l'application du bandage. Il doit savoir que cet homme allait parfaitement bien, et qu'on avait fait une petite fenêtre à l'appareil pour voir tous les jours ce qui se passait à la fracture, quand des symptômes de trismus se sont déclarés. En présence de la contraction musculaire à laquelle ce blessé était en proie, toute autre méthode aurait-elle pu maintenir les fragments en rapport? Évidemment, non.

La Commission aurait voulu pouvoir établir une balance entre les diverses méthodes de traitement, et M. Uytterhoeven, par sa lettre à l'Académie, est venu vous faire la même demande. Est-il possible, Messieurs, d'avoir recours à une comparaison et à une statistique, lorsqu'il s'agit de fractures qui offrent tant de diversité dans leur nature? J'admettrais cette possibilité pour le typhus, par exemple, et encore avec une grande hésitation; mais pour les fractures je ne puis l'adopter. On a traité à l'hôpital Saint-Jean, pendant l'espace de dix années, à peu près de vingt-cinq à trente fractures de plus qu'à l'hôpital Saint-Pierre. Je suppose que le chirurgien de Saint-Pierre en ait guéri les trois quarts, et celui de Saint-Jean seulement la moitié; serait-ce à dire pour cela que ce dernier traite moins bien ses fracturés que son collègue? Mais non, Messieurs. Ne croyez-vous pas, tout d'abord, que cela peut dépendre de ce que les fracturés de Saint-Jean présentaient plus de complications et de gravité, et par cela même moins de chances de guérison?

Je demanderai maintenant, si la Commission n'a eu

connaissance que de neuf cas de fractures compliquées, nombre qu'elle regarde comme insuffisant? N'est-il pas vrai que quelques-uns de ses membres possédaient, en outre, plusieurs autres faits observés tant dans leur pratique que dans leurs services? M. Tallois surtout aurait-il perdu le souvenir de ce jeune Anglais dont je vous ai parlé dans l'avant-dernière séance (1), et auquel a servi la coque de bandage que je vous présente?

M. le docteur Mussche ne vient-il pas encore d'ajouter trois faits des plus curieux au grand nombre de ceux qui ont été publiés? Mais au lieu de s'en servir pour corroborer mon opinion, on semble n'en faire aucun cas puis qu'elles ont été accueillies par un ordre du jour.

— M. le Président : Vous êtes dans l'erreur; les conclusions adoptées portent que les observations de M. Mussche seront déposées aux archives.

—M. Seutin: Ces trois observations sont remplies d'intérêt; elles prouvent aussi que les chirurgiens des villes voisines et des campagnes commencent à propager cette méthode si utile. M. Mussche est un des premiers qui en ait fait l'application, j'aime à le reconnaître ici. Quoi qu'il en soit, je n'en finirais pas, si, comme je viens de le dire, je devais vous énumérer tous les faits qui ont été rendus publics.

Passons maintenant aux conclusions du rapport :

Des faits observés, y est-il dit, votre Commission conclut :

« Que dans les fractures simples, le bandage inamovible, appliqué immédiatement, a sur toutes les autres méthodes de très-grands avantages. »

---

(1) Voir *Bulletin*, tom. IV, page 586.

Mais il n'est pas question, il n'aurait jamais dû être question de fractures simples. Cette première conclusion ne ressort pas des prémisses du rapport : la Commission semble avoir perdu de vue que par ma lettre du 19 mai 1844, je l'avais priée de ne pas s'occuper de ce genre de fractures. Il y a longtemps, en effet, que l'application du bandage amidonné, dans les fractures simples, est généralement admise. Au reste, touts les appareils peuvent convenir dans les fractures de l'espèce ; j'ai vu même des praticiens qui n'en mettaient pas du tout, et qui abandonnaient le membre à lui-même sur des coussins.

Il est libre à chacun de laisser croupir des blessés sur leur lit pendant plusieurs semaines ; de voler à un jeune homme plein de pétulance et d'ardeur, deux ou trois mois de son existence ; d'exposer un vieillard aux fâcheux effets de l'hypostase, etc., mais il m'est permis aussi, à moi, de regarder cette méthode comme défectueuse je dirai même comme inhumaine. C'est mon opinion ! !

Voyons si la seconde conclusion est plus heureuse :

« Que des accidents formidables se développent quelquefois pendant l'application de l'appareil inamovible, de même que dans l'application de la méthode des pansements renouvelés. »

Mais où donc la Commission a-t-elle vu cela ? Est-ce que des accidents de cette nature se sont présentés, dans aucun des neuf cas qu'elle a observés à l'hôpital Saint-Pierre ?

M. le Président qui est souvent sévère pour moi, m'a objecté que la Commission n'a pas dit cela. Messieurs, je ne veux pas être dupe ; je vois ici le mot, et c'est la Commission qui parle. M. le Président qui m'a rap-

pelé à l'ordre dans l'avant-dernière séance, parce que j'avais prononcé le mot formidable, peut s'en assurer.

— M. le Président : Je ne vous ai pas rappelé à l'ordre, mais aux convenances.

— M. Seutin : C'est la même chose pour moi ; vous avez eu, du reste, de bonnes intentions, des intentions paternelles à l'égard de la Commission.

— M. le Président : Si le Président est partial, il n'est pas digne d'être à ce siége. Vous m'obligerez à consulter sur ce point l'Académie. Vous l'entendez, Messieurs ; il semblerait que j'aie, vis-à-vis de la Commission, des égards que je n'ai pas envers M. Seutin. Cela est-il vrai ?

— De toutes parts : Non, non.

— M. Seutin : Je ne dis pas cela. Je prétends seulement que vous m'avez interrompu, lorsque j'ai dit que le mot « formidable » n'est pas applicable à ma méthode.

— M. le Président : Je vous demande pardon ; il n'a pas été question de cela. J'ai dit qu'en général vous paraissiez vous appliquer ce que la Commission imputait à d'autres, et lorsque je vous ai interrompu au mot « formidable, » c'est pour la manière dont vous l'exprimiez.

— M. Seutin : Soit ; je continue. Est-ce que la seconde conclusion que je viens de vous relire, ressort le moins du monde des neuf faits que la Commission a observés à l'hôpital Saint-Pierre? Sur quoi donc l'a-t-elle appuyée? J'espère qu'elle nous le dira, car son rapport nous laisse à cet égard dans une grande perplexité.

Des accidents peuvent être la conséquence d'une fracture grave, mais jamais du bon emploi de ma méthode. Peut-on l'en rendre responsable, lorsqu'elle

est appliquée par une main malhabile? Qui n'en a pas vu survenir, même après la saignée ou toute autre opération légère, faite sans précaution? Et les anciennes méthodes de traitement de fractures sont-elles exemptes d'accidents? J'en ai rencontré encore tout récemment un exemple, en allant de Namur à Liége : j'ai vu un malheureux atteint d'une fracture de bras qui avait été pansée par l'ancienne méthode; il y avait trois jours qu'on n'avait plus regardé le membre. Je conseillai à cet homme d'aller consulter à Liége M. Ansiaux, qui lui fit l'amputation le lendemain. Je citerais cent autres faits de cette nature, s'il en était besoin. J'en appelle à vous tous, Messieurs; n'avez-vous jamais vu des accidents survenir à la suite de l'application des anciens bandages, et comment voulez-vous qu'une main peu exercée n'en occasionne pas? La Commission n'a vu aucun de ces malheurs à la suite de l'emploi de ma méthode, pourquoi donc en parle-t-elle? pourquoi suppose-t-elle qu'ils puissent arriver? Mais, me dira-t-elle : nous avons vu ce ramoneur atteint d'une fracture compliquée de l'avant-bras, qui fait le sujet de la quatrième observation. Messieurs, il y a, quant à ce fait, une erreur typographique dans le rapport : on a mis le 3, au lieu du 23, époque à laquelle l'inflammation a nécessité la section de l'appareil; mais jamais celui-ci n'a dû être levé ni abandonné. Cet homme est à vingt-cinq pas d'ici; si l'Académie ne me croyait pas, je le ferais venir. Je l'ai représenté, quelque temps après, à la Commission, et il lui a dit : « Je n'ai jamais été débarrassé de mon bandage. » En effet, Messieurs, tous les accidents inflammatoires ont été combattus, le bandage étant maintenu en place.

La troisième conclusion est ainsi conçue :

« Et dans le but de compléter le travail qu'elle a commencé, elle vous propose d'engager M. Seutin à donner le plus de publicité possible aux faits de sa clinique. »

Messieurs, conçoit-on que la Commission ait pu vous proposer de me faire une semblable recommandation? Lisez ma lettre du 19 mai (1), vous y verrez que je n'ai pas voulu vous fatiguer en vous soumettant tout ce que j'ai fait depuis cinq ans. Je m'occupe, en ce moment, de la rédaction d'un Mémoire dans lequel je ferai connaître le résultat de toute ma pratique, relativement au traitement des fractures. Est-ce que, du reste, j'ai jamais été en retard de publier ma clinique? Mon dernier semestre est sous presse; il prouvera de nouveau, que je ne crains pas de proclamer mes revers comme mes succès. Vous parlerai-je des théories qui ont été insérées dans un Recueil publié en 1840 (2), pages 96, 209, 211, 218, et particulièrement à la page 219, où il est question de la gangrène et du sphacèle, dont on a voulu faire tant de bruit? Non, cela me mènerait trop loin.

J'en appellerai encore à M. Janssens : qu'il vous dise ce qui est arrivé quand je me trouvais, il y a quelques années, en service extraordinaire à Ostende. Un capitaine au service de S. M. fit une chute sur le parquet et se cassa la jambe; les os traversaient les chairs, il y avait hémorragie, etc. J'appliquai immédiatement le bandage. Que M. Janssens dise ce qui en est résulté?

— M. Janssens : Des résultats très-heureux ont été

---

(1) Voir *Bulletin*, tom. IV, page 400.

(2) *Du Bandage amidonné ou Recueil de toutes les pièces composées sur ce bandage, depuis son invention jusqu'à ce jour*

obtenus ; il avait été question de faire l'amputation.

— M. Seutin : On en a amputé par centaines, dans des circonstances moins graves.

Fidèle à ma devise, je termine, Messieurs, en vous disant : expérimentez, mais expérimentez avec impartialité et sans idée préconçue ; ne me croyez pas sur parole, mais ne vous prononcez qu'après avoir vu ; interrogez les faits, et ils vous montreront la vérité.

— M. Didot : En prenant la parole dans cette discussion remarquable, je ne m'arrêterai, Messieurs, ni aux incidents qui se sont produits dans votre avant-dernière séance, ni aux termes du rapport qui est entre vos mains. Ce rapport est le résultat d'une sorte de malentendu sur lequel il serait superflu de revenir : les paroles généreuses de l'honorable M. Lebeau, rapprochées des aveux si francs de l'honorable M. Graux, doivent suffire pour convaincre tout le monde, que le bon vouloir de la Commission ne peut être mis en question.

De plus hautes considérations doivent vous occuper en ce moment ; aussi, je n'hésite pas à croire que vous n'êtes nullement disposés à vous reléguer avec la Commission dans le coin de l'arène qui a été choisi par elle, pour engager la lutte.

Le champ est vaste, Messieurs, et les termes de la proposition sont trop généraux, surtout dans le paragraphe d'exposition, pour que vous puissiez admettre que la discussion doive simplement rouler sur les faits qui ont été soumis à l'observation de vos commissaires.

Agir ainsi, ce serait vous livrer à une discussion sans portée et sans résultat ; vous condamner d'avance à des conclusions élogieuses pour des cures remarquables sans doute, mais isolées et sans relation avec la philoso-

phie de la science ; vous occuper enfin de quelques applications d'un procédé, et négliger la méthode dont ce procédé n'est qu'un accessoire.

Or, ce n'est point là ce que le public médical attend de vous, Messieurs ; ce n'est point là le jugement qui doit être porté sur la méthode qui a mis en émoi le monde chirurgical tout entier.

Une découverte existe : elle est grande et belle, comme l'a bien dit l'honorable M. Varlez ; cette découverte existe depuis plus de dix ans : elle appartient tout entière à la Belgique, et quoique l'expérience et la pratique lui aient depuis longtemps assigné le rang qu'elle doit occuper parmi les conquêtes de la chirurgie moderne, c'est la première fois que cette enceinte entend prononcer le nom de la méthode *amovo-inamovible* de M. Seutin.

Il est à regretter, sans doute, que cette présentation académique ait été signalée par de graves dissidences d'opinions entre la Commission et M. Seutin ; mais ce n'est point là un motif qui doit vous empêcher de vous prononcer sur la valeur de la méthode en elle-même ; ce n'est point là une raison qui doit vous obliger, vous, Académie de médecine de Belgique, à laisser échapper l'occasion de porter un jugement quelconque sur l'invention belge qui est appelée, pour la première fois, à la barre de votre Assemblée.

La cause est évoquée, il faut qu'elle soit jugée, malgré les inexactitudes ou les omissions qui se rencontreraient dans l'instruction de cette procédure scientifique.

Il me semble donc, Messieurs, que pour donner une importance réelle et pratique à votre débat, vous devez approfondir la question qui vous est soumise, et l'envi-

sager dans son ensemble. Vous le devez, parce que vous êtes médecins belges, et qu'il vous importe de saisir une occasion aussi naturelle, d'apprécier le mérite d'une découverte à laquelle les savants de tous les pays ont attaché une si haute importance; vous le devez, parce que personne dans cette enceinte n'ignore le parti que des savants étrangers ont cherché à en tirer, en s'appropriant le fruit de la pensée de notre compatriote. Qui ne sait, en effet, que l'un des chirurgiens les plus illustres de l'école française, l'un des écrivains les plus féconds de la faculté de Paris, M. Velpeau enfin, n'a point craint de s'emparer de toutes les idées de M. Seutin, et de les importer en France, sous le travestissement d'une enveloppe *dextrinée,* adroitement substituée à la coque *amylacée ?*

M. Velpeau avait donc pressenti, dès le principe, qu'une *méthode nouvelle,* qu'une *méthode complète* était renfermée dans ces idées, et qu'il y avait là une de ces découvertes précieuses qui font révolution, dès leur apparition.

M. Velpeau avait compris tout cela, Messieurs; mais malheureusement pour sa gloire, M. Velpeau le comprit trop tard; c'est pour cela qu'au lieu du mérite de l'invention, il ne pourra recueillir que les honneurs peu enviables d'une triste contrefaçon.

Je dis que M. Velpeau comprit trop tard la portée générale de la découverte de M. Seutin : vous en serez tous convaincus, Messieurs, si vous voulez bien vous rappeler :

Que c'est en 1834 que M. Seutin fit ses premiers essais à la clinique de l'hôpital Saint-Pierre;

Qu'au mois d'avril 1835, notre compatriote publia

un premier Mémoire contenant l'exposé de sa méthode et de ses procédés ;

Qu'en 1836, le Congrès médical belge entendit la lecture d'un second travail de M. Seutin, immédiatement suivie de la communication des Mémoires si remarquables de MM. Fromont père et De Roubaix ;

Que le 14 février 1837, M. Velpeau, initié aux secrets de la méthode de M. Seutin, par suite du séjour de M. De Roubaix à Paris, présenta à l'Académie royale de médecine, trois individus affectés de fractures récentes de la jambe, qui marchaient avec des béquilles. « Il leur avait, dit-il, appliqué l'appareil inamovible de Larrey, modifié par M. Seutin, de Bruxelles : c'était le bandage de Scultet, dont les bandelettes étaient imprégnées d'amidon. »

Veuillez, je vous prie, Messieurs, ne point oublier les termes de cette communication, et vous admettrez qu'elle contenait déjà la reconnaissance formelle des droits de M. Seutin ; qu'elle proclamait positivement le mérite de la *déambulation réelle,* de la locomotion absolue, et non de cette *déambulation relative* dont parle le rapport. En cela, M. Velpeau était parfaitement juste envers M. Seutin, et sa loyauté méritait des éloges ; malheureusement, il ne sut point persévérer dans cette ligne de conduite, et vous allez voir comment, sept mois plus tard, il renonça à cette honorable abnégation.

Veuillez bien, en attendant, vous rappeler encore que le 3 juillet 1837, M. Seutin lut à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, son troisième Mémoire qui fut présenté, peu de temps après, à la Société de médecine d'Anvers.

A cette époque, la Belgique comptait déjà beaucoup

d'adeptes de la nouvelle méthode, et d'éclatants succès en augmentaient chaque jour le nombre. M. Seutin songea donc à la faire bien connaître au dehors, et se décida d'autant plus facilement à la soumettre au jugement de l'Académie royale de médecine de Paris, que M. Velpeau en avait donné un aperçu dans la séance du 14 février précédent, comme je viens d'avoir l'honneur de vous le dire.

Vous savez, Messieurs, que c'est dans la séance de cette Compagnie, du 8 août 1837, que notre compatriote présenta sa *Note sur l'appareil amidonné*. Tous les travaux publiés sur la méthode, furent annexés à ce document, et remis à la commission spéciale qui fut composée de MM. Larrey, Blandin et *Velpeau*.

Vous voyez par cet exposé, dont l'exactitude rigoureuse ne saurait être contestée par personne, que jusqu'à cette époque du 8 août, jusqu'à la nomination de M. Velpeau aux fonctions de Commissaire, il ne fut jamais question d'une méthode propre à ce professeur.

M. Velpeau reçut donc et accepta le mandat de juge appréciateur de la méthode de notre compatriote ; il fut donc officiellement mis en possession de tous les travaux originaux qui renfermaient les idées et les recherches de M. Seutin. Vous supposez peut-être, Messieurs, que le célèbre chirurgien de Paris laissa reposer pendant quelques mois le dossier de son collègue de Bruxelles, pour le reprendre plus tard à l'appel des rapports.... Non, Messieurs, M. Velpeau fut plus diligent que cela ! Il dévora tous les documents qu'on lui avait livrés, et se les appropria sans aucun scrupule, prouvant ainsi, que l'apologue de *L'huître et les plaideurs* n'est pas toujours un apologue, même en France.

Nommé commissaire de l'Académie royale de médecine, le 8 août 1837, M. Velpeau présenta, pour son propre compte, à l'Académie des sciences, le 25 septembre suivant, un travail ainsi intitulé : *Note sur une nouvelle méthode de traiter les fractures de jambe, en permettant aux malades de marcher, par Velpeau, professeur,* etc.

Or, savez-vous, Messieurs, en quoi consistait cette nouvelle méthode? C'était tout simplement la méthode de M. Seutin, sauf que M. Velpeau avait adopté la *dextrine* au lieu de l'*amidon,* et qu'il employait partout la bande roulée, au lieu des bandelettes séparées que M. Seutin avait conservées pour le membre inférieur et pour ses fractures compliquées!

Que penser, Messieurs, de tous ces rapprochements de dates? que penser de ce travestissement? comment qualifier un procédé aussi contraire à toute convenance sociale ou scientifique? M. Velpeau connaît la méthode de M. Seutin en février; il est nommé commissaire de l'Académie de médecine en août, et en septembre il ne craint point de se présenter à l'Académie des sciences, chargé du butin qu'il a ravi à celui qu'il devait juger impartialement! Comprenez-vous toute la portée de cet acte; comprenez-vous qu'un homme aussi haut placé que M. Velpeau, ait pu, en un mois et dix-sept jours, concevoir et exécuter pareille résolution!

Je regrette vraiment que l'exposé des circonstances de cette spoliation scientifique, me force à une sévérité d'appréciation, qu'un nom justement célèbre ne saurait pallier; mais je parle ici, l'histoire à la main, et vous savez que l'histoire est inflexible.

L'histoire vous dira donc que M. Velpeau qui avait reconnu les droits de M. Seutin, dès le 14 février 1837, lorsqu'il déclarait que *ses trois fracturés marchaient, grâce à l'appareil inamovible modifié par M. Seutin, de Bruxelles*, s'est ensuite démenti lui-même, pour s'approprier les idées de ce chirurgien.

L'histoire vous dira que M. Velpeau a foulé aux pieds son mandat de commissaire!... L'histoire vous dira... Mais permettez, Messieurs, que je m'arrête ici : les convenances académiques exigent que je taise une partie de ce que l'histoire pourra dire. Sachez seulement, que la démarche de M. Velpeau rompit complétement la glace, et devint le signal de cette polémique ardente qui n'a point encore cessé.

Maintenant, Messieurs, serez-vous surpris que la méthode de M. Seutin compte encore tant de détracteurs? Serez-vous étonnés que tant d'obstacles et d'oppositions s'élèvent encore devant elle, et déclinerez-vous la mission d'accomplir une œuvre d'équité nationale, en défendant des droits si injustement contestés? Hésiterez-vous enfin à poser d'abord le principe de la propriété belge, tout en abordant la question pratique dans tous ses développements ?

Vos antécédents sont conformes à ce que j'ai l'honneur de dire en ce moment, et vous vous êtes montrés trop fiers de nos gloires médicales de tous les âges, pour que l'on puisse craindre de vous voir abandonner à des célébrités étrangères, une découverte qui honore notre pays, autant qu'elle profite à l'humanité.

J'attendrai la suite de la discussion pour établir, s'il y a lieu, un parallèle entre les idées de M. Velpeau et celles de M. Seutin; ce sera le meilleur moyen de prouver que

cette fois, du moins, la contrefaçon ne fut point pratiquée en Belgique !

Je terminerai, en ce moment, par quelques considérations sur la méthode *amovo-inamovible* en elle-même, et sur les conditions que réclame son emploi. Je n'abuserai point de vos instants, ils sont trop précieux.

La question de priorité étant pleinement résolue en faveur de M. Seutin, il reste, Messieurs, à examiner si cette méthode qui fait tant de bruit, qui a excité tant de convoitises à l'étranger, mérite bien et les éloges qu'on lui a donnés, et les critiques dont elle a été l'objet.

C'est là, Messieurs, l'essence de votre discussion, c'est là le but pratique de l'examen auquel vous allez vous livrer.

La méthode de M. Seutin est basée sur trois principes essentiels, qu'aucune autre ne saurait revendiquer, savoir :

1° Exercer une contention circulaire, égale sur tous les points du membre, et éviter la compression latérale des anciens appareils;

2° Empêcher l'immobilité du corps tant vantée par les anciens, parce que la consolidation de la rupture osseuse est d'autant plus prompte et plus sûre, que le blessé peut se permettre une plus grande somme de mouvements;

3° Rendre l'appareil à la fois *amovible* et *inamovible,* de manière à obtenir tous les avantages qui se rencontrent dans les deux anciennes méthodes rivales, sans avoir les inconvénients dont elles sont entachées.

Voilà, Messieurs, les trois grands principes qui font la base de la méthode de M. Seutin. Quant à l'*amidon*, il n'en est que le moyen et qu'un simple adjuvant, auquel nous renoncerons de bon cœur, aussitôt que nous possé-

derons une *substance convenable* qui puisse se solidifier au moment de son application.

Je ne m'arrêterai point aux avantages que présente la *contention circulaire* agissant également sur tous les points de la circonférence des membres ; c'est une question jugée par l'expérience aussi bien que par le raisonnement.

Je ne dirai rien non plus de la *déambulation,* cette sauvegarde des vieillards, des enfants indociles, des malades en délire, des sujets faibles que le lit étiole, et des sujets forts que l'inaction étouffe. M. Berard l'a parfaitement jugée, lorsqu'il a dit que *grâce à elle, on serait dorénavant guéri, alors qu'autrefois on entrait à peine en convalescence.*

Le troisième principe de la méthode de M. Seutin, celui qui consiste à rendre les appareils à la fois *amovibles* et *inamovibles* n'a point été aussi généralement admis; et pourtant, Messieurs, c'est à cette *amovo-inamovibilité* qu'elle doit ses principaux avantages dans les cas graves, où selon M. Breschet, et de l'avis de tous les chirurgiens, *on a fort souvent à se repentir de la marche qu'on a suivie, quelle que soit la conduite que l'on tienne.*

En effet, nous voyons MM. Larrey, Velpeau, Berard, Laugier, prôner les appareils *inamovibles,* et rejeter la section du bandage, les uns, parce qu'en le divisant, on lui ôte de sa solidité, les autres, parce qu'ils craignent que l'action des ciseaux ne dérange la coaptation, et tous peut-être, parce qu'ils sont imitateurs ou modificateurs du procédé.

Cependant, Messieurs, quel est l'inconvénient sérieux reproché à l'*amovo-inamovibilité?* J'ai parcouru

tout ce qui a été publié sur le traitement des fractures par les nouveaux appareils, et je déclare sincèrement que je n'ai rien trouvé de sérieux dans tout ce qui a été écrit contre cette double condition.

M. Seutin n'est-il point parvenu à donner à ses bandages tous les avantages de l'*amovibilité*, sans avoir les inconvénients du renouvellement intégral des pièces de l'appareil? N'a-t-il point fourni toutes les indications nécessaires pour que l'on puisse visiter la fracture, pratiquer tous les pansements, faire toute espèce d'application directe, et cela sans déranger le membre, sans compromettre les rapports des fragments? Par conséquent, les partisans des anciennes méthodes doivent avoir toute satisfaction, et ne peuvent articuler contre la méthode aucun reproche, qui ne soit en même temps applicable à toutes les méthodes *amovibles*.

M. Seutin, ne peut-il point, quand il le veut, rendre ses appareils plus *inamovibles* que par l'étoupade de Larrey, le sable de Forster, le plâtre de Diffenbach, et même par la djebira des Arabes? Pour cela que lui faut-il? une bande amidonnée qui réunisse les deux valves, les rapproche, et rende à l'appareil toute sa solidité première.

Maintenant, Messieurs, vous devez bien sentir que si la méthode dont vous vous occupez, réunit toutes les conditions des appareils temporaires, jointes à la fixité des appareils permanents, il y a dans la qualification de *méthode amovo-inamovible,* autre chose qu'un nom pris au hasard parmi des radicaux latins. Vous conviendrez que cette méthode est complexe, et qu'elle remplit les vues des partisans de l'un et de l'autre système.

Mais, dira-t-on, cela est parfait en théorie, et l'ap-

plication, surtout l'application *immédiate*, réservera d'amers déboires au chirurgien assez imprudent pour recourir d'emblée à l'apposition d'un appareil fixe.

Permettez-moi, Messieurs, pour abréger la réponse à cette objection, de négliger les détails physiologiques, et de n'invoquer en ce moment que l'appui des faits, en faisant un appel spécial à vos souvenirs pratiques.

Combien de fois n'est-il point arrivé que, bien que des fractures simples ou compliquées fussent surchargées de cataplasmes, de compresses résolutives, astringentes ou émollientes, la chaleur, le gonflement, l'excitation faisaient des progrès alarmants? Combien de fois aussi ne vous est-il pas arrivé d'employer, dans ces circonstances, une compression modérée, une contention bien appropriée, et de voir tous les accidents se dissiper avec une merveilleuse promptitude? Eh bien! Messieurs, cet effet que tous les cliniciens ont observé, que tous les praticiens ont constaté fréquemment, on l'obtient par l'application immédiate de la méthode *amovo-inamovible*. M. le rapporteur lui-même en convient et concède cet avantage à la méthode. Ma pratique m'en a fourni de nombreux exemples, et j'en ai observé un très-remarquable, à mon dernier voyage de Bruxelles, lors de votre séance du 1er de ce mois. J'ai pu voir, grâce à l'obligeante prévenance de l'honorable M. Seutin, une femme affectée d'une fracture compliquée de la jambe. Les deux os avaient été brisés; il y avait plaie, issue des fragments, phlyctènes, gonflement, empâtement général; et malgré cela, l'appareil amidonné avait été appliqué immédiatement, avec un succès à peine croyable. L'honorable M. Lutens avait vu cette femme le second jour de l'accident, et avait assisté à la section du bandage. Je l'observai le len-

demain, c'était le troisième jour. La douleur était à peu près nulle, l'empâtement, l'engorgement n'avaient fait aucun progrès, les phlyctènes se résorbaient, la chaleur était normale, et cette femme demandait instamment que l'on réappliquât le bandage, ou plutôt que l'on refermât les valves de celui qui avait si bien calmé ses souffrances. L'appareil ayant été raffermi, on la leva immédiatement pour faciliter les effets du tartre stibié en lavage, qui avait été prescrit le matin.

A ce fait, je pourrais en joindre plusieurs autres tirés de ma pratique particulière, tels que fractures obliques du fémur avec issue de fragments, débridement par le bistouri, réunion de la plaie et application non différée de l'appareil amidonné. Des succès nullement entravés viendraient militer en faveur de l'application immédiate de l'appareil, même dans les cas les plus graves. Mais je m'abstiendrai, quant à présent, Messieurs, ne voulant point abuser de l'indulgence avec laquelle vous avez bien voulu m'écouter, et je laisserai à des voix plus éloquentes, mais non plus convaincues, le soin d'envisager la question sous ses divers aspects.

Permettez-moi de terminer par une dernière réflexion relative à l'emploi de la méthode.

Tout le monde, Messieurs, connaît de nom, de réputation, le bandage amidonné; très-peu de personnes connaissent bien la méthode. De là vient que trop souvent on fait supporter à celle-ci toutes les conséquences fâcheuses qui résultent d'un manuel défectueux, ou de l'ignorance des conditions qui doivent être remplies pour qu'elle produise de bons résultats. Ainsi, l'un applique les bandes amidonnées sur la peau; elles y adhèrent, et bientôt des accidents surviennent, soit

par le décollement de l'épiderme, lors du retrait des parties sous-jacentes, soit par une compression trop dure, lorsque l'on n'a point ménagé les saillies osseuses. On ne tient pas compte si l'auteur de la méthode a rigoureusement prescrit d'interposer un corps doux entre les téguments et la coque amidonnée. On ne s'enquiert pas si les éminences osseuses doivent être ménagées par l'écartement des cartons et par une moindre proportion d'empois : il y a eu de l'amidon dans l'appareil ; cela suffit pour que la méthode elle-même porte la peine de l'incurie du chirurgien. Ne croyez point, Messieurs, que ce reproche soit imaginaire, et que les circonstances que je viens de citer, ne se présentent pas. Non, Messieurs ; ce reproche a été articulé par M. Mayor, de Lausanne, qui avec une courtoisie tout à fait helvétique, critiqua la *jactance* et la *sottise* des personnes qui emploient le bandage amidonné.

Un autre appliquera l'appareil avec toute l'attention possible, et le confectionnera avec une exactitude scrupuleuse, mais, il n'aura pas la précaution de le diviser après la dessiccation. Qu'arrive-il alors ? c'est que l'absorption faisant diminuer le volume du membre, celui-ci ne remplit plus exactement la coque solide, et s'il s'agit d'une fracture du fémur, on voit le fragment supérieur s'agiter dans cette coque comme un pilon dans un mortier, ainsi que l'a dit le rapport, d'après M. Pasquier.

Mais, Messieurs, est-ce bien là ce que prescrit M. Seutin ? Est-ce bien là ce que veut la méthode *amovo-inamovible ?* Non, sans doute, et je le répète de nouveau : les accidents de cette nature sont répudiés par toutes les méthodes ; ils sont le résultat de l'inexpé-

rience, de l'incurie ou de l'ignorance des praticiens auxquels ils surviennent, et ne peuvent en aucun cas être imputés à l'auteur qui a donné les moyens de les éviter.

C'est comme si un détracteur de la phlébotomie venait vous dire que la saignée du bras est une opération mauvaise, parce que l'on est exposé à la piqûre d'une artère, d'un nerf, d'un tendon; parce qu'il survient souvent des trombus fâcheux! Que répondriez-vous à un pareil langage? Vous diriez sans aucun doute que la phlébotomie est une opération précieuse, et que tous les inconvéniens qu'elle entraîne parfois à sa suite, proviennent non de l'opération en elle-même, mais bien de la main inhabile qui n'a point su éviter des écueils connus et signalés par tous les auteurs.

Eh bien! Messieurs, il en est de même pour la méthode *amovo-inamovible*. Bien employée, elle rendra des services inappréciables, elle fera mieux que toutes les autres; mal appliquée, elle sera ce que sont toutes les méthodes du monde, lorsqu'elles ne sont pas comprises.

Je finis, Messieurs, quoique j'aie à peine effleuré les généralités du vaste sujet qui nous occupe. Je serai heureux d'entendre la suite de la discussion, et de voir le premier corps médical du pays apprécier, comme elle le mérite, la découverte la plus usuelle et la plus essentiellement pratique de la chirurgie moderne.

— M. Lutens : Lorsque j'ai eu connaissance de la proposition de l'honorable M. Seutin, j'avais espéré qu'elle aurait donné lieu, dans cette enceinte, à une discussion intéressante, et que la Commission, fière de son mandat, aurait saisi une occasion si favorable pour nous tracer une voie large dans cette discussion. Mes

illusions se sont dissipées depuis que j'ai pris lecture du rapport qui nous est soumis, depuis surtout que j'ai assisté à une séance pleine de personnalités et de récriminations, et que je me suis convaincu qu'un profond dissentiment existait entre la Commission et l'auteur de la proposition.

Ces faits sont déplorables, parce qu'ils nuisent aux progrès des sciences; aussi mon intention n'est-elle pas de jeter un brandon de discorde dans l'arène, ni de demander à M. Seutin une explication sur sa conduite, et à la Commission, si elle n'est pas la cause première de toute cette irritation. Mais avant d'entrer dans l'examen du rapport et de le soumettre à une analyse sévère, je désire faire un appel à vos anciens souvenirs, et vous demander si nous avons oublié qu'à M. Seutin revient tout l'honneur de l'invention de la méthode amidonnée; si nous avons oublié qu'à l'étranger, on a voulu lui ravir cette précieuse conquête, si féconde en résultats heureux, et que l'on peut considérer comme une palme qui honore la chirurgie belge; si nous avons oublié enfin, que, dans le sein de toutes nos Sociétés de médecine, M. Seutin a trouvé de la sympathie, du dévouement et de zélés partisans, parmi lesquels je suis heureux de rencontrer quelques membres de cette Assemblée? Et ce serait dans le sein d'une Académie belge qu'on accepterait un rapport incomplet, d'après l'aveu même des membres de la Commission; un rapport qui a pour but d'étouffer toute discussion scientifique; un rapport dont les conclusions sont contraires aux principes de la saine déduction; un rapport enfin, dans lequel domine une pensée *incompréhensible!* Non, Messieurs, je ne puis le croire.

Si nous examinons avec impartialité la proposition de M. Seutin, nous devons convenir qu'elle a été conçue dans des termes vagues; mais la Commission avait-elle des raisons fondées pour lui donner une interprétation aussi large, et pour faire rouler son examen sur toutes les fractures et sur tous les cas qui nécessitent l'emploi de la méthode amidonnée? Je ne le pense pas, et je puise mes preuves dans les termes mêmes de la proposition. Permettez-moi de vous la relire.

Le premier paragraphe dit : « Dans l'état actuel de la science, l'opinion des praticiens n'est pas encore définitivement arrêtée sur l'utilité de l'application de la méthode *amovo-inamovible* dans tous les cas de fracture, et plus spécialement sur l'opportunité de son emploi immédiat dans les fractures compliquées, comme moyen efficace de prévenir les accidents consécutifs. »

Ce paragraphe, Messieurs, on vous l'a déjà dit, n'est qu'un préambule insignifiant qui n'a aucun rapport avec le but de la proposition; c'est une phrase qui n'exprime qu'une opinion personnelle à M. Seutin, concernant l'état actuel de l'art sur le traitement des fractures, et qui indique l'existence d'une lacune dans la science.

Le second paragraphe est plus explicite :

« Plusieurs cas remarquables de fractures *comminutives* étant traités, en ce moment, à l'hôpital Saint-Pierre, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de nommer une Commission à l'effet d'aller constater les grands avantages qu'a procurés la méthode appliquée immédiatement à chacun de ces cas. »

M. Seutin termine sa proposition par ces mots : « Je demande qu'il soit présenté à l'Académie un rapport

sur ces faits, la question me paraissant du plus haut intérêt. »

N'est-il pas évident, Messieurs, que M. Seutin a eu seulement la pensée de faire voir les malades qu'il avait en traitement dans son hôpital? Imitant en cela l'exemple de M. Lebeau, il a cru être utile à la science et à l'humanité en initiant l'Académie à sa pratique journalière. Interpréter cette proposition dans un autre sens, c'est agir contrairement à la pensée de l'auteur.

M. Seutin a-t-il eu l'intention de faire une proposition générale? Cela ne paraît pas même probable, car il se serait présenté désarmé, devant une Commission qui avait le droit d'être exigeante.

On pourra me répondre que la Commission a agi dans l'intérêt même de la question scientifique et en vue de lui donner plus d'importance. J'aime à croire que telle a été la pensée intime de la plupart de ses membres; mais cette pensée bienveillante a-t-elle été exprimée dans des termes convenables? Ne pourrait-on pas admettre, au contraire, que la Commission, sachant que son travail ne devait entraîner pour elle aucune sorte de responsabilité, a cherché à donner d'autant plus d'étendue à la proposition de notre collègue, qu'elle avait résolu de se montrer plus difficile. Et puis en supposant que M. Seutin eût consenti à répondre à toutes les questions qu'elle lui aurait faites, leur nombre pouvait-il être limité d'une manière bien précise?

On me dira encore que M. Seutin ayant agréé les conditions de la Commission, était censé avoir adhéré à l'interprétation qu'elle avait donnée à la proposition, dans son premier procès-verbal. J'abandonne à notre honorable

collègue le soin de se défendre lui-même sur ce point ; mais il m'importe peu, à moi, que M. Seutin soit versatile ou non : la Commission n'était pas moins tenue de nous fournir un rapport scientifique et consciencieux.

Etait-ce là d'ailleurs, une raison pour s'irriter, pour agir contrairement à la pensée et au but de l'auteur de la proposition? Etait-ce une raison pour mettre en relief, à côté de quelques éloges bien pâles, une série complète d'accidents les plus formidables? Etait-ce une raison pour ne pas étudier l'action de la compression circulaire, de l'inamovibilité et de la déambulation ? Etait-ce une raison enfin pour jeter du doute dans l'esprit des praticiens, et pour parler du bandage amidonné dans des termes erronés?

Vous rappellerai-je ce paragraphe du rapport où la déambulation est représentée comme un simple déplacement du malade hors de son lit, et qui se borne à la possibilité de l'asseoir dans un fauteuil? Mais M. Seutin a victorieusement répondu à cette allégation, dont l'erreur a été démontrée en Belgique, où des faits nombreux ont prouvé que les fracturés peuvent se promener avec des béquilles, se rendre dans un jardin, faire impunément des voyages, et se livrer même à certaines occupations.

La Commission n'a eu, dit-elle, qu'une seule question à examiner ; c'est celle de l'application immédiate du bandage amidonné dans les fractures compliquées et comminutives : cette question est de la plus haute importance; c'est la seule sur laquelle les praticiens ne soient pas encore d'accord. Mais de quelle manière y a-t-elle satisfait? Au lieu de se plaindre de ce que son

examen ne pouvait porter que sur neuf cas ; au lieu de se borner à en présenter un résumé très-simple, pourquoi n'a-t-elle pas franchement abordé ce point important et tiré les déductions qui résultaient évidemment des succès remarquables que M. Seutin avait obtenus de l'application immédiate de son bandage? Pourquoi s'est-elle écartée de la marche ordinaire de nos travaux, et a-t-elle porté des conclusions qui n'étaient point appuyées sur des prémisses régulières?

Si elle eut suivi la marche qui lui était tracée par le sens de la proposition, elle n'aurait point dit :

« Que, dans les fractures simples, le bandage inamovible, appliqué immédiatement, a sur toutes les autres méthodes de très-grands avantages ; » attendu qu'elle avoue elle-même avoir écarté de son examen les cas de fractures simples; et « que des accidents formidables se développent quelquefois pendant l'application de l'appareil inamovible, de même que dans l'application de la méthode des pansements renouvelés. »

Ceci est on ne peut plus vague. En effet, ces accidents ont-ils eu lieu à la suite d'une application du bandage faite d'après les principes de la méthode, ou bien contre ses principes? ont-ils été le résultat de leur gravité même? Ce sont là des questions que la Commission aurait dû examiner avec attention, en se basant sur des faits bien constatés.

J'ai eu maintes fois l'occasion de remarquer que des praticiens n'avaient jamais compris le véritable but de la méthode *amovo-inamovible :* si parfois des accidents sont survenus, c'est plutôt à l'ignorance de l'application de cette méthode qu'à la méthode elle-même qu'il faut les attribuer. Je suis convaincu que l'Académie

partage, à cet égard, mes opinions, car les explications de M. Seutin sont par trop évidentes et trop précises pour qu'elles laissent encore le moindre doute dans les esprits.

La Commission affirme dans son rapport que « c'est à la compression méthodique et uniforme qu'il faut rapporter les succès de la méthode amidonnée. » La compression n'est qu'un moyen de la méthode qui doit être dirigée par les circonstances : elle peut être utile parfois, mais elle est souvent nuisible. C'est parce qu'on a cru qu'elle constitue le principal moyen d'action que tant d'erreurs ont été commises, que tant d'injustes préventions sont nées.

Les vrais avantages de la méthode ont été suffisamment exposés par M. Seutin; je me dispenserai donc d'en parler.

Je conclus à ce que le rapport et ses conclusions soient rejetés.

—M. Lebeau : Messieurs, qu'il me soit permis de dire quelques mots, comme membre de la Commission dont notre honorable collègue combat les conclusions, et pour expliquer comment il se fait que dans l'hôpital dont j'ai l'honneur de diriger le service, on applique tantôt le bandage amidonné, immédiatement à l'arrivée des blessés atteints de fractures, et que tantôt on fasse précéder son application d'irrigations d'eau froide pendant un laps de temps de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Mais, avant tout, je sens le besoin de remercier M. Seutin, tant en mon nom, qu'au nom de mes collègues, de l'esprit de bienveillance et de modération qu'il a apporté aujourd'hui dans la discussion, et des nouvelles lumières qu'il a jetées sur cette intéressante question.

Je le dis volontiers, Messieurs, pour moi elle est résolue : le bandage amidonné me semble être le meilleur que l'on puisse appliquer dans presque tous les cas de fractures ; je dis presque, car on trouve des malades qui ne le supportent pas dans les premiers moments ; à la vérité, c'est la très-grande exception, mais il ne faut jamais établir aucune règle d'une manière trop absolue. M. Seutin a rendu un grand service à la science et à l'humanité, et je m'associe aux éloges que viennent de lui adresser MM. Didot et Lutens.

J'arrive à l'explication de ce qui se passe à l'hôpital militaire de Bruxelles.

Les règlements, en vue de former tous les officiers de santé de l'armée à la pratique médicale et chirurgicale, exigent que MM. les médecins de régiment et de bataillon qui font partie de la garnison, soient, à tour de rôle, appelés à faire un service à l'hôpital : ces Messieurs, pour être quelque peu mes inférieurs en grade, n'en sont pas moins mes égaux en science et en expérience, et on sent qu'il ne serait ni convenable ni possible que je leur imposasse ma manière de voir d'une façon trop absolue. Il en résulte que des deux praticiens, qui sont le plus ordinairement chargés de la chirurgie, l'un applique immédiatement le bandage amidonné, tandis que l'autre fait précéder cette application, pendant un, deux ou trois jours, d'irrigations continues d'eau froide, en ayant soin toutefois de contenir suffisamment les fragments; je dois dire que tous deux sont également heureux.

Un mot, un seul mot encore, sur la marche que la Commission a cru devoir suivre. On ne comprend pas assez qu'elle était chargée d'une mission définie, qu'il

ne lui était pas permis de modifier. Dans sa première séance, elle examina la question telle que l'avait posée M. Seutin lui-même, et après s'être entendu avec cet honorable collègue, sur la portée qu'il fallait lui donner, elle nomma un rapporteur chargé de rassembler les matériaux, de les coordonner et de lui soumettre un travail. Grande fut la surprise de la Commission lorsque, après de nombreuses tergiversations, M. Seutin lui fit connaître qu'il n'entendait lui soumettre que les faits existants alors dans les salles de l'hôpital Saint-Pierre. Celle-ci pouvait-elle, je le demande, baser un travail sérieux, sur neuf ou dix cas, très-intéressants à la vérité, mais évidemment insuffisants?

Tout le monde a entendu parler de malheurs, d'insuccès; nous savons qu'ils sont rares et nous croyons volontiers qu'ils ne sont pas le résultat de la méthode; mais encore devions-nous les connaître, les étudier. Ce sont eux sans doute qui ont éclairé M. Seutin sur quelques imperfections qu'il a corrigées; cependant pour admettre que nous sommes arrivés sous ce rapport à la perfection absolue, il fallait par l'examen d'un grand nombre de cas, pouvoir peser les avantages très-réels, et les inconvénients possibles.

Il est à regretter, Messieurs, que M. Seutin, qui avoue si volontiers les fautes qu'il a pu commettre, montre une si extrême susceptibilité à la moindre objection qu'on lui fait. Son mérite est trop réel, trop incontestable pour qu'il ne reçoive pas avec aménité les observations qui ne lui sont adressées que dans l'intérêt de sa découverte elle-même. Pour ma part, je confesse que le bandage amidonné, convenablement appliqué par un praticien sage, prudent, instruit, connaissant bien les rapports anato-

miques des parties, est incontestablement celui qui remplit le mieux toutes les conditions exigées : compression égale et méthodique de tout le membre, maintien parfait des fragments, possibilité de déplacer le malade sans inconvénients, etc., etc.

Mais il ne faut pas qu'on se le dissimule, le bandage est très-difficile à bien appliquer; il demande, je le répète, une main habile, intelligente, exercée : il est des malades que la moindre compression irrite; bientôt la gêne devient insupportable et le sphacèle ou le tétanos survient, si on ne se hâte de le fendre pour le modifier. Représentez-vous, Messieurs, ce qui peut arriver si ce bandage est appliqué par une main inexpérimentée sur un sujet qui, comme cela se présente dans les campagnes, est privé de secours, quelquefois pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'application !

Notre devoir, notre mission impérieuse est de mettre le public médical en garde contre un moyen utile sans doute, mais dangereux pour peu qu'on s'écarte des précautions qu'exige son emploi.

C'est, dominée par ces idées, c'est sous l'empire de ces impressions, Messieurs, que votre Commission a cru devoir faire ses réserves. Ai-je besoin de protester encore contre les intentions hostiles qu'on a voulu lui prêter? Comme président de la Commission, je dois dire que j'ai acquis la conviction que tous mes collègues étaient animés des intentions les plus bienveillantes. Un devoir de ma profession m'a empêché d'assister à la dernière séance, je le regrette; car peut-être eussé-je obtenu le retrait de quelques expressions dont la forme, bien plus que l'intention qui les a dictées, a blessé notre honorable collègue.

— M. Tallois : J'ai une simple observation à faire. Je demanderai à M. Seutin s'il a parlé de son *compressimètre* à la Commission, et depuis quelle époque il emploie comme tel, ce ruban de fil, sur lequel il base aujourd'hui la plus grande partie de son argumentation.

— M. Seutin : Je demande la parole.

— M. le Président : M. Seutin, je répondrai pour vous. Je crois pouvoir dire en votre nom que tous ceux qui ont visité l'hôpital Saint-Pierre depuis longtemps, n'ont jamais vu l'application du bandage sans le *compressimètre*.

— M. Lebeau : Je dois dire aussi que j'étais instruit de l'existence de ce ruban.

— M. le Président : La discussion est ajournée à la prochaine séance.

La séance est levée à deux heures.

VI. — QUESTION DE CONCOURS.

L'Académie, satisfaisant à une demande de M. le Ministre de l'Intérieur, exprimée dans sa lettre du 18 mai dernier, met au concours la question suivante, pour la solution de laquelle une personne qui désire rester inconnue, a créé un prix de 600 francs.

« Faire connaître les effets du sel commun, tant comme moyen d'améliorer et de conserver les fourrages, que comme moyen préservatif contre les maladies des animaux herbivores servant à l'agriculture ; indiquer la quantité qu'on peut donner de ce sel à chaque animal, eu égard à l'espèce à laquelle il appartient, à sa destination, à son âge, à son tempérament, à l'état de sa santé, à la localité qu'il habite, et aux autres condi-

tions hygiéniques plus ou moins favorables dans lesquelles il peut se trouver ; établir quels sont les meilleurs modes d'administration du même sel, soit à titre de condiment, soit pour le faire servir à la conservation des matières alimentaires ; et enfin, signaler les accidents ou les maladies qui pourraient résulter de son usage à trop fortes doses. »

Les Mémoires en réponse à cette question doivent être écrits en français, en flamand ou en latin, dans un style simple et concis, et sous forme d'instruction populaire à la portée des agriculteurs, basée principalement sur les faits et sur les expériences qui ont été publiés sur la matière, par les vétérinaires et les agronomes des différents pays.

Les auteurs n'inscriront point leur nom sur leur travail, mais seulement une devise qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence.

Les Mémoires manuscrits seront seuls admis au concours. Ils devront être adressés, francs de port, avant le 1er juin 1846, à M. le docteur D. Sauveur, secrétaire de l'Académie, hôtel du ministère de l'Intérieur, à Bruxelles.

VII. — OUVRAGES PRÉSENTÉS.

Mémoire pratique sur les affections typhoïdes, par le docteur Kosciakiewicz ; Lyon, 1842. Broch. in-8°.

Mémoire pratique sur les accouchements artificiels, par le même ; Lyon, 1845. Broch. in-8°.

Pathologische studien door Dr C. Gobée; 2 vol. in-8°; Utrecht, 1843 et 1844.

Kliniek (Journal de médecine). Tydschrift voor wetenschappelyke geneeskunde; uitgegeven door Dr C. Gobée; 1ste stuk; Utrecht, 1844.

Notice sur le papier de riz, par M. A. Chevallier ; Paris, 1840. Broch. in-8°.

Notice sur les altérations et les falsifications des substances alimentaires; par le même.

Bulletin de l'Académie royale des Sciences et Belles-Lettres de Bruxelles ; le 5e cahier du tome XII, 1845.

Boletin de medicina, cirujia y farmacia ; les numéros 234 à 237. Madrid, 1845.

Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier; le cahier de juin 1845.

Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie, publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles ; le cahier de juin 1845.

Annales de la Société de médecine d'Anvers; le cahier de juin 1845.

Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand; les cahiers d'avril et de mai 1845.

Annales de la Société des siences naturelles et médicales de Malines; IVe année, 5e et 6e livraisons.

Recueil de médecine vétérinaire pratique; la cahier d'avril 1845 ; Paris.

Journal des connaissances médicales pratiques ; les cahiers de mai et de juin 1845 ; Paris.

Journal vétérinaire et agricole de Belgique; le cahier de juin 1845.

Gazette médicale de Paris ; les numéros 22 à 26 du tome XIII.

Gazette médicale belge, par MM. Van Meerbeeck et van Swygenhoven ; les numéros 22 à 25 de l'année 1845.

JUIN 1845.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygrometre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	Vents dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	763,51	+14,9	+22,3	+ 6,8	83,0	»	SE.-ESE.	Très-beau.
2	57,89	+19,1	+22.0	+11.2	78,5	1,02	SSE.-OSO.-ONO.	Douteux le matin, beau en suite ; vent variable.
3	46,93	+21,5	+24,3	+12,0	85,5	0,13	E.-SO.	Belle journée; chaud ; temps menaçant dans la soirée, vent frais.
4	47,41	+14.8	+15,7	+11,1	76,0	1,27	SO.-SSO.	Assez beau ; quelquefois menaçant l'orage ; vent fort.
5	52,56	+15,8	+22,5	+10,5	84,5	1,02	S.-SSO.-SSE.	Assez beau, vent désagréable après-midi ; très-beau le soir.
6	52,28	+21,4	+24,3	+14,2	75,5	»	SE.-SSO.	Beau et temps menaçant alternativement, néanmoins pas de pluie; vent désagréable après-midi.
7	57,29	+18,2	+18,9	+13,9	79,0	0,51	SSO.-ESE.	Un peu de pluie, sombre, mais assez agréable.
8	58,09	+15,6	+19,2	+10.7	75,0	0,51	SO.	Beau, vent fort.
9	66,79	+15,3	+19,6	+ 9,5	77,0	»	SO.-NNO.	Beau temps.
10	67,82	+15,7	+23,2	+ 8,4	74,0	»	NE.-ENE.	Très-beau.
11	62,53	+20,8	+27,1	+11,2	79,0	»	NE.-ENE.	Très-beau.
12	61,12	+22,9	+30,7	+15,4	79,0	»	ENE.	Très-beau.
13	60,93	+25,7	+30,1	+17,0	80,0	»	ENE.-SO.	Beau dans la matinée; orageux le reste de la journée.
14	59,77	+20,9	+26,1	+17,1	85,5	1,91	NO.-SO.-ONO.	Assez beau.
15	58,25	+17,2	+26,3	+15,1	92,5	»	ONO.-NNE.	Beau temps; orageux après-midi.
16	55,22	+21,8	+27,1	+14,7	83,0	5,22	ENE.-ESE.	Très-beau.
17	53,61	+23,1	+26,7	+14,6	85,5	»	ENE.-E.	Beau le matin ; orageux, lourd et pluvieux pendant le reste de la journée.
18	51,69	+23,7	+26,9	+16,8	83,5	2,55	SSO.-O.	Beau le matin ; orageux après-midi ; couvert, sombre le soir.
19	56,82	+18,0	+21,3	+11,3	83,5	11,07	O.-NNO.	Assez beau, mais nuageux ; l'air est plus frais que les jours précédents.
20	59,98	+19,0	+21,7	+13,4	76,0	»	N.-NE.	Assez beau.
21	60,37	+16,7	+21,7	+11,2	82,5	»	ENE.	Très-beau, agréable ; le soir le ciel se couvre.
22	54,95	+18,1	+21,7	+10,7	81,0	»	NE.-NNE.	Beau temps, nuages, vent assez frais.
23	59,30	+15,3	+18,7	+ 9,8	84,5	»	ONO.-NO.	Beau temps, vent assez frais.
24	59,36	+15,9	+22,3	+10,2	82,5	»	SO.	Beau dans la journée ; le temps se gâte le soir.
25	52,36	+17,1	+18,9	+12,0	79,0	0,89	SO.	Pluvieux, froid et vent.
26	51,25	+16,8	+19,0	+10,3	81,5	0,64	SSO.-O.-ONO.	Vent, pluie dans la journée ; beau mais froid le soir.
27	53,95	+17,9	+21,4	+10,5	77,0	0,25	SSO.-SSE.	Froid, pluies fréquentes mais peu fortes, vent.
28	43,41	+17,0	+19,7	+12,2	92,0	4,96	SSE.-SSO.	Pluvieux, averses.
29	55,33	+14,6	+18,5	+10,5	85,5	4,20	SO.	Assez beau, variable.
30	58,18	+17,6	+21,2	+ 9,0	76,0	»	S.-SSO.	Assez beau, variable.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

1. *Considérations théoriques et pratiques sur la gale;* par M. Gibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, juillet 1845.)

On croyait jadis, et quelques médecins qui partagent à cet égard les préjugés du vulgaire le croient encore aujourd'hui, que *la gale* provenait, comme les affections dartreuses, d'une cause humorale qui pouvait la provoquer, l'entretenir, la reproduire, donner lieu à des accidents dits de *rétrocession* ou de *répercussion*, si l'éruption était supprimée sans précautions, laisser après la guérison apparente de l'éruption des traces plus ou moins profondes dans l'économie!.. Et, pour la plupart des praticiens du siècle dernier, une médication générale plus ou moins complexe était nécessaire pour combattre et annihiler le virus psorique.

Remarquons cependant que, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, il s'est toujours trouvé des partisans d'une opinion plus saine et plus en harmonie avec les faits, lesquels, regardant avec juste raison la gale comme une maladie accidentelle, apportée du dehors, susceptible de guérir rapidement et radicalement par des remèdes fort simples, négligeaient toutes les précautions conseillées par les autres médecins, ne partageaient aucune des inquiétudes qu'ils s'étaient plu à répandre dans l'esprit du vulgaire, et n'employaient que quelques topiques pour guérir la gale.

Ainsi, tandis que Galien prescrivait l'usage des purgatifs, du régime et de diverses précautions, Celse se bornait à conseiller les bains et l'onguent soufré.

Ainsi, dans le siècle dernier, Richard Méad, éclairé par les expériences microscopiques sur l'*acarus* communiquées par Cosimo Bonomo à Fr. Redi, soutenait énergiquement, contre

l'opinion générale des médecins de son temps, que les remèdes extérieurs suffisaient pour guérir radicalement la gale.

Lorry, en rapportant l'opinion de R. Mead, commence par déclarer que les médecins ont singulièrement abusé de l'hypothèse qui tend à expliquer la théorie de la contagion par la présence de petits animaux parasites microscopiques. Toutefois il admet, comme digne de foi et comme pouvant faire autorité, l'opinion de R. Mead ; mais il hésite encore à regarder la gale comme une affection externe et accidentelle. Bien plus, tout en s'efforçant de lutter contre les préjugés de son temps, relatifs à la gale dite *spontanée*, à la gale *épidémique*, à la gale *rentrée*, etc., il persiste à croire au danger de la gale négligée, invétérée et mal traitée. Il cite même des exemples de manie, d'asthme, de phthisie, de cachexie mélancolique, suites de gale répercutée. Enfin, il rapporte l'observation suivante comme exemple du danger de cette répercussion :

« J'ai vu, dit-il, une jeune fille qui, *par suite de la répercus-*
« *sion de la gale*, était atteinte d'une fièvre aiguë avec toux con-
« tinuelle, accidents qui faisaient craindre pour ses jours ;
« cependant cette jeune fille se rétablit complètement, après
« qu'on l'eut revêtue, pendant l'espace d'une nuit tout entière,
« de la chemise d'un galeux. »

Les dermatologues modernes, d'accord en cela avec Jos. Frank, regardent la doctrine de la *rétrocession* de la gale comme une théorie qui répugne à la saine raison ; et je crois, pour ma part, avec cet auteur éclairé, qu'il est arrivé plus d'une fois que les accidents attribués par le vulgaire à la rétropulsion de la gale étaient dus à l'action sur l'économie de remèdes violents et intempestifs. J'ajoute qu'il arrive pour la gale ce qui se voit dans toutes les maladies cutanées chroniques, c'est-à-dire que tout mouvement fébrile violent, que toute maladie intercurrente un peu grave, peut suspendre l'éruption, la faire disparaître pour un temps, et que, par une fausse interprétation donnée à des faits de cette nature, on a cru à une *répercussion*, à une *rétropulsion* qui n'existait réellement pas.

La *résurrection de l'acarus*, opérée en 1834 à la consultation publique de notre prédécesseur Alibert, à l'hôpital Saint-Louis, par un étudiant corse (M. Renucci) qui a fait voir l'insecte à ceux qui ne doutaient que parce qu'ils ne savaient point chercher et trouver l'animal parasite (déjà mis hors de doute par la lettre de Cosimo Bonomo, publiée dans le siècle dernier, et par les expériences publiques faites en 1812 à l'hôpital Saint-Louis par le

pharmacien Galès) ; cette résurrection, dis-je, est venue confirmer la doctrine des dermatologues modernes.

L'an passé, en présence des médecins qui suivent ma clinique et ma consultation du lundi, dans l'intervalle de mes cours d'été, j'ai pratiqué, au moyen de l'*acarus*, l'inoculation de la gale.

Le 22 avril 1844, M. le docteur Grenier, présent à cette séance, ayant soulevé avec la pointe d'une épingle l'épiderme d'un sillon formé par l'*acarus* sur les mains d'un galeux qui venait demander à être admis dans les salles, recueillit l'insecte qui apparut sous l'apparence d'un petit point blanc mobile très-appréciable à l'œil nu. Je déposai ce petit corps, sans autre précaution, à la surface de la peau, dans l'intervalle des doigts de M. Basset, élève externe, qui voulut bien se prêter à l'expérience. On vit l'insecte se fixer en ce lieu et brunir un peu, de blanc et transparent qu'il était d'abord. Les trois jours suivants, mardi, mercredi et jeudi, rien de nouveau ne fut observé : le premier jour seulement, lundi, M. Basset avait eu soin de ne pas se laver la main ; mais, je le répète, on n'avait pris aucune autre précaution.

Dans la nuit du jeudi au vendredi, quelques démangeaisons se firent sentir. Le vendredi matin, on découvrait à l'œil nu un petit sillon aboutissant à une vésicule incolore aussi petite que la pointe d'une épingle. Le lundi suivant, septième jour, nous fîmes constater par les assistants, à la consultation publique, la présence de deux petites vésicules de gale, très-proches l'une de l'autre, avec deux petits sillons sous-épidermiques. Dans le cours de la journée, M. Basset ayant éprouvé, au sortir d'un lieu chaud et renfermé, des démangeaisons un peu vives, il se hâta d'arrêter les progrès de l'éruption. Ayant piqué le sillon principal, il en retira avec la pointe d'une épingle un corpuscule blanc qui lui parut être l'acarus, puis cautérisa vésicules et sillons avec le nitrate d'argent : dès lors la maladie avorta. La méthode ectrotique est en effet très-applicable à la gale lorsque l'on peut l'employer dès le début de l'éruption.

Malgré tout ce que nous venons de dire, il n'en demeure pas moins vrai que la gale est peut-être la maladie de la peau qui inspire généralement le plus de répugnance et de dégoût, celle qui cause aux gens du monde le plus de crainte et d'inquiétude. Il est de la plus haute importance que le médecin sache la reconnaître avec précision et n'hésite point dans le diagnostic des diverses éruptions qui peuvent la simuler. Or, il est des cas où ce diagnostic devient d'une difficulté telle, que les médecins les plus habiles peuvent être embarrassés et commettre des erreurs.

Il y a quelques années, je fus appelé chez madame la marquise de B., où les faits suivants me furent rapportés par le médecin ordinaire de la maison. La marquise, âgée et infirme, ayant besoin d'une seconde femme de chambre pour aider la première, avait fait venir de la campagne une jeune fille qui, presque dès son arrivée, dut consulter le médecin peur une éruption prurigineuse dont elle était atteinte. Cette éruption, irrégulièrement répandue sur les membres, paraissait offrir les caractères du *prurigo*, et on laissa cette jeune fille continuer son service. Cependant, au bout d'un mois environ, la malade s'aperçut de quelques boutons prurigineux qui parurent d'abord au ventre, puis se montrèrent aux membres supérieurs, causant des démangeaisons qui devenaient intolérables, surtout la nuit. Peu après, la première femme de chambre, qui donnait plus habituellement des soins intimes à sa maîtresse, et qui, notamment, l'aidait fréquemment à se soulever en la prenant par les mains, se plaignit aussi d'une éruption. Enfin, un peu plus tard, un jeune enfant de l'hôtel fut encore infecté. Il n'était plus guère possible dès lors de méconnaître une maladie contagieuse importée par la jeune fille qui était venue de la campagne ; et cependaut je dois avouer que lorsque je fus appelé à visiter les trois malades mentionnées en premier lieu, il me fut difficile à moi-même de constater d'une manière bien positive les caractères ordinaires des vésicules de la gale, au milieu des papules de *prurigo* et des vésicules enflammées d'*eczéma* qui la compliquaient et qui en obscurcissaient le diagnostic.

Plusieurs fois j'ai rencontré, soit dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, soit à la consultation publique, des enfants ou des jeunes gens de l'un ou de l'autre sexe qui présentaient aux mains, dans l'intervalle des doigts, des vésicules d'*eczema simplex* qui, à la première vue, simulaient presque à s'y méprendre la gale véritable. Plus souvent encore, en ville, j'ai observé des cas de *strophulus* et de *lichen* que l'on avait regardés et traités à tort comme des cas de gale, et réciproquement des exemples de gale méconnue et confondue avec l'*eczéma*, le *lichen* ou le *prurigo*. L'*herpes phlyctenoides* lui-même, qui siége assez souvent aux mains, et qui, chez quelques sujets, ne s'accompagne pas, dans les premiers jours, d'une inflammation bien prononcée, à pu être confondu avec la gale. J'ai même vu un professeur célèbre commettre, en présence de ses élèves, cette erreur grave de diagnostic. Enfin, il y a deux ans environ, j'ai reçu et guéri dans mon service la mère et l'enfant affectés d'une gale compliquée d'*eczéma* et de *lichen* dont l'existence avait été niée avec obsti-

nation par le médecin chargé du soin des galeux de l'hôpital. Tous ces exemples doivent rendre le praticien très-prudent et très-attentif; car, dans des erreurs de ce genre, il expose en même temps sa réputation et la santé de ses clients; il peut compromettre les plus chers intérêts, troubler toute une famille, priver l'ouvrier ou le serviteur de son travail, en un mot amener, par suite d'une décision irréfléchie et précipitée, des résultats dont il aura tout lieu de se repentir plus tard.

Voici, en peu de mots, quels sont les principes qui doivent guider le médecin dans les cas difficiles.

Le siége d'élection constant de l'éruption est le point capital du diagnostic. Les vésicules de la gale se montrent, en fort petit nombre d'abord, bien distinctes et bien isolées les unes des autres, à la base des doigts, dans l'intervalle qui les sépare. Un peu plus tard, quelques petites vésicules, également isolées, claires et séreuses, surviennent au poignet, tout près du point de jonction de la paume de la main avec l'avant-bras. Plus tard encore, quelques autres vésicules apparaissent au pli du coude, et successivement aux aisselles et sur le devant de la poitrine et du ventre.

L'*eczema simplex*, l'*herpès*, le *prurigo*, le *lichen*, n'offrent ni ce mode de développement ni cette succession. Ainsi, le *prurigo* est souvent très-répandu et très-intense, couvre les membres supérieurs, par exemple, sans qu'il y ait un seul bouton entre les doigts ni à la face palmaire du poignet. Au contraire, l'*eczéma*, l'*herpès*, le *lichen*, envahissent souvent les mains et y persistent sans s'étendre aux autres points où se propage ordinairement l'éruption de la gale.

Les diverses éruptions qui peuvent simuler la gale naissent spontanément, sont sujettes à se reproduire, n'offrent pas dans leur marche ce développement et ces progrès successifs que présente la gale; mais après un état stationnaire plus ou moins prolongé, ou même après une résolution qui semble promettre une guérison prochaine, ces éruptions sont sujettes à s'exaspérer brusquement et sans motif, et à repousser pour ainsi dire avec une nouvelle intensité.

Presque toujours les vésicules de l'*eczéma*, et surtout celles de l'*herpès*, au lieu de rester isolées comme celles de la gale, se rapprochent et s'agglomèrent en groupes plus ou moins confluents. Souvent surviennent dans l'*eczéma* ces excoriations humides et squammeuses qui donnent à l'éruption une physionomie dartreuse, et constituent ce que dans son langage pittoresque et énergique

Alibert appelait l'*herpes squammosus madidans* (dartre squammeuse humide).

Les cas les plus difficiles sont ceux, comme nous l'avons dit, où il existe une complication qui vient mélanger ensemble les caractères assignés par les auteurs aux diverses éruptions papuleuses, vésiculeuses, et même pustuleuses, qui peuvent se trouver réunies sur le même sujet; heureusement ces cas sont aussi les plus rares, surtout lorsqu'il n'y a point eu encore de médication topique employée.

Quant au traitement, je n'approuve pas les tentatives récentes qui ont été faites dans un esprit prétendu progressif pour substituer à des remèdes économiques et d'une efficacité constante des préparations d'un prix élevé et d'une action très-infidèle (tels que les divers iodures, par exemple), et je regarde encore aujourd'hui les sulfureux comme le remède le plus sûr et le meilleur de la gale.

Les fumigations sulfureuses conseillées en 1813 par Galès, les bains de Barèges factices appliqués au traitement de la gale des enfants par M. Jadelot, ne me paraissent devoir être employés que comme accessoires, et la pommade d'Helmerick (ou sulfuro-alcaline de l'hôpital Saint-Louis), qui se compose de 8 parties d'axonge, 2 parties de fleurs de soufre, 1 partie de carbonate de soude ou de potasse, est toujours pour nous le spécifique par excellence.

Il nous arrive pourtant en ville de nous en abstenir pour complaire à la susceptibilité des malades, et alors nous nous bornons à l'emploi des lotions et des bains locaux sulfureux préparés extemporanément d'après le procédé d'Alibert et de Dupuytren. On sait que ce procédé consiste à ajouter à une cuvette d'eau de son un verre à liqueur d'une solution de 70 grammes de sulfate de soude dans 750 grammes d'eau de fontaine (dite n° 1) et d'une autre solution (dite n° 2) contenant 100 grammes d'acide sulfurique pour la quantité d'eau déjà indiquée.

Le malade lave les boutons et plonge les mains quelques minutes matin et soir dans ce bain local. La gale peut être ainsi guérie en huit ou dix jours, lorsqu'elle est récente.

En général, il ne faut pas trop chercher, en multipliant l'application des remèdes, ou en ayant recours à des agents énergiques, à abréger le traitement de la gale (comme l'avait proposé d'abord Helmerick, et, à l'imitation du chirurgien hollandais, notre compatriote le docteur Burdin), car on risquerait de provoquer, par une stimulation trop vive de la peau, des éruptions inflammatoires, soit papuleuses, soit vésiculeuses, soit pustuleuses, qui forceraient

d'interrompre le traitement et retarderaient ainsi une guérison qu'on avait voulu rendre plus rapide.

Les préparations mercurielles qu'on a voulu substituer au soufre, l'onguent citrin, la quintessence antipsorique de Mettemberg, la pommade au calomel de Werlhoof, etc., sont bien loin d'offrir la sûreté et l'innocuité des préparations sulfureuses.

Bien des fois, par exemple, nous avons eu à traiter des salivations et des inflammations aphtheuses de la bouche occasionnées par quelques frictions faites avec l'onguent citrin, qui est pourtant le médicament qu'à cause de sa couleur et de son manque d'odeur les pharmaciens de Paris délivrent le plus volontiers aux individus qui viennent leur demander un remède contre la gale.

Pour résumer en peu de mots ce que nous avons dit touchant la nature, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la gale, nous émettrons les propositions suivantes :

1° La gale est une maladie accidentelle et de cause externe, qui ne saurait se développer ni se reproduire spontanément, mais qui est toujours communiquée par contagion. Elle ne peut laisser après elle aucune altération dans les humeurs, ne réclame aucun remède interne, et guérit radicalement par le seul emploi de quelques topiques. Les dangers attribués à la gale dite *rentrée* ou *répercutée* n'existent que dans l'imagination des malades trompés par des théories fausses et ridicules.

2° La forme, le mode de développement, le siége d'élection, la propagation successive de l'éruption de la gale à certaines régions du corps bien déterminées, sont la base la plus sûre du diagnostic, qui devient surtout difficile dans le cas de complications.

3° Les topiques les plus sûrs, les plus innocents et les moins coûteux pour guérir la gale, sont aujourd'hui, comme au temps de Celse, les sulfureux.

---

2. *De l'anxiodynie* ; par M. Paul de Mignot.

(Suite : voir t. 154, juin 1845, p. 51.)

(Bulletin médical de Bordeaux, mars 1845.)

§ Ier. — *De l'anxiodynie essentielle ou idiopathique.* — Au début, elle existe indépendante de toute complication ; quelquefois même elle ne se complique jamais.

Elle n'a été bien décrite que dans ces derniers temps.

C'est un médecin de Besançon, nommé Rougnon, qui, le pre-

mier, fixa l'attention des praticiens sur cette maladie. D'autres prétendent que c'est Sauvages, mais à tort. J'ai vainement cherché dans cet auteur des documents sur l'angine de poitrine essentielle ; je n'en ai même pas trouvé la trace. Au chapitre des *palpitations (cardiogmus)*, à celui de l'*asthme (asthma convulsivum)*, il fait bien allusion à quelques phénomènes qui peuvent rigoureusement s'appliquer à l'anxiodynie symptomatique ou compliquée ; mais ce ne sont pas là les caractères de la variété que nous allons décrire, et qui est la seule qu'on ait admise jusqu'à présent (voir *Nosologie méthodique*, en dix volumes, traduite par Gouvion, 1772). D'autres observateurs avaient signalé ces symptômes longtemps avant lui (Morgagni, Lancisi, Willis, Sénac, Duret, Bonet, Vieussens, Baglivi, etc.).

Mais, dans la lettre que Rougnon écrivit, à ce sujet, à Lorry, il ne songea point à désigner sous un nom particulier l'état morbide qu'il analysait avec tant de précision. Ce fut Héberden qui, peu de temps après, crut devoir donner à ce groupe de symptômes une place dans le cadre nosologique et lui assigner une dénomination spéciale.

Ces recherches, toutes nouvelles, firent une profonde sensation dans le monde savant, et bientôt un grand nombre de productions remarquables, sorties de l'Angleterre, de l'Allemagne et de l'Italie, vinrent ajouter aux faits déjà connus et enrichir l'histoire de l'angine de poitrine ; mais tous ces travaux, qui portaient le cachet des opinions de chaque auteur, et qui d'ailleurs étaient épars et dépourvus de cette homogénéité si nécessaire à l'étude d'une monographie, étaient loin encore d'élucider une question aussi obscure. Il était réservé à la Société de médecine de Paris de combler cette lacune : en stimulant le zèle d'hommes laborieux et habiles, elle dota la science du résumé de ces travaux, et coopéra ainsi à l'édification d'une œuvre importante. Du concours ouvert en 1807 émanèrent deux productions beaucoup plus complètes que toutes celles qui avaient paru jusqu'alors, et qui depuis ont presque toujours servi de guides à ceux qui ont voulu aborder ce sujet difficile.

Toutefois, malgré leurs investigations dirigées avec tant d'habileté, tant de persévérance, MM. Desportes et Jurine n'ont pu répondre que par des hypothèses à ces deux questions si importantes : *quelle est la nature de l'angine de poitrine? quel en est le siége?* Sous ce rapport, leurs recherches n'ont amené aucun résultat ; cependant la science ne sera

complètement satisfaite que lorsqu'on aura résolu ce problème. Mais doit-on s'étonner qu'une tâche aussi difficile se soit trouvée au-dessus de leurs forces? Ne se jouera-t-elle pas toujours des spéculations humaines? Est-il bien possible d'arriver à la certitude, lorsque nous ne pouvons asseoir notre jugement que sur des conjectures plus ou moins probables?

Plus heureux pour la description des symptômes, ces observateurs habiles nous ont tracé le tableau de cette maladie avec une netteté, une précision qui laissent bien peu de chose à désirer. On doit regretter seulement, comme nous le verrons bientôt, qu'ils n'aient décrit qu'une seule forme de l'anxiopathie. Tous les auteurs qui l'ont étudiée après eux ont suivi la même voie et présenté le même défaut. Depuis que Baumes a prouvé, dans ses *Considérations sur la sternalgie*, qu'on avait confondu cette affection avec les désorganisations du cœur, on est tombé dans l'extrême opposé, et l'on a constamment séparé des phénomènes morbides, bien souvent identiques par leurs caractères, leur siége et leur origine.

Symptômes et diagnostic.— Comme toutes les crises nerveuses, celles de l'anxiodynie idiopathique débutent ordinairement d'une manière brusque et inopinée. Quelquefois cependant un malaise indéfinissable, une inquiétude morale, une lassitude inaccoutumée, des pandiculations, précèdent l'invasion des symptômes. Plusieurs auteurs affirment qu'ils peuvent se manifester au milieu de la plus brillante santé. Dans tous les cas, l'anxiopathe est saisi d'une *constriction* violente vers l'épigastre ou la région antérieure du thorax. A ce *spasme* succède une douleur vive, quelquefois atroce et déchirante, qui se propage, tantôt avec lenteur, tantôt avec la rapidité de l'éclair, d'abord vers le côté gauche et le cœur, ensuite dans toute l'étendue de la poitrine, remonte vers le cou, la tête et les bras, et tend à se fixer sur l'une de ces parties. Lorsqu'elle s'arrête au larynx, au maxillaire inférieur, elle détermine une contraction convulsive qui gêne le passage de l'air dans les bronches, qui empêche les mouvements de la mâchoire, paralyse instantanément la langue et enlève la parole au malade. Lorsqu'elle se fixe sur le conduit auditif, elle rend l'audition incomplète ou impossible, et occasionne alors une souffrance inexprimable.

Cette douleur est elle-même suivie d'une angoisse qui aggrave singulièrement l'état du malade. Est-ce la violence de la douleur qui provoque ce redoutable épiphénomène, ou bien est-ce le pressentiment d'une terminaison funeste? Sans aucun doute, cette souffrance morale est le résultat naturel de la gravité des

symptômes et de l'imminence du péril. L'action nerveuse est évidemment menacée d'une extinction totale ; par ses connexions intimes avec l'appareil circulatoire, elle contribue au maintien de la vie, et c'est parce que le malade a la conscience instinctive (1) que l'innervation s'éteint et que la vie lui échappe, qu'il éprouve cette anxiété, cette torture qui rendent sa position si pénible.

Dans les véritables cas d'anxialgie, la respiration est rarement libre et facile ; elle offre presque toujours des changements notables. L'inspiration est profonde, plus fréquente, parce que le malade sent le besoin d'oxygéner le sang et de renouveler tous les matériaux de la vie ; elle est entrecoupée, parce que la douleur empêche les muscles du thorax de se dilater complètement ; l'expiration est courte, saccadée, imparfaite. La circulation n'est que légèrement troublée, si toutefois l'accès ne se prolonge pas (nous parlons de l'angine de poitrine exempte de complications). Dans les premiers instants, les battements du cœur sont lents, profonds, tumultueux, comme lorsqu'on éprouve une frayeur vive, une forte commotion morale ; il semble que le sang stagne un moment dans les ventricules avant de pénétrer dans les artères. Si l'on applique alors le stéthoscope sur la région précordiale, on entend un bruit de souffle bien caractérisé, accompagné même d'un léger sifflement, comme dans certaines affections du cœur ; il semble qu'il y ait insuffisance des valvules. Cela se conçoit, puisque l'influence nerveuse appelle vers le cœur une quantité de sang beaucoup plus grande que de coutume. Mais ce bruit anormal que j'ai observé une fois ne se rencontre pas toujours, car l'illustre Laennec et M. Jolly prétendent que l'auscultation ne leur a donné que des résultats négatifs. Après quelques pulsations brusques et qui semblent ébranler le thorax, le cœur reprend son rhythme à peu près naturel, ou bien, quoi qu'en aient dit certains auteurs, et notamment Kreysig, il survient des palpitations.

Mais avant de poursuivre la description des symptômes, nous pensons que, pour être méthodique, on doit encore ici établir une division. Envisagées sous le point de vue de leur intensité, les crises anxialgiques présentent plusieurs formes, plusieurs degrés. Dans le premier, la douleur et l'angoisse durent quelques minutes ; elles disparaissent ensuite, et laissent après elles un léger accablement, un léger malaise qui bientôt se dissipe à

(1) « La faculté motrice, dit Sauvages, qui fait agir les organes de la respiration est la même qui veille aux besoins de la vie, que la volonté y consente ou non ; » et plus loin : « L'*âme* est le principe en qui réside cette faculté motrice. »

son tour. Cependant le malade conserve une inquiétude morale qui lui fait craindre une récidive ou des souffrances dont il ne peut prévoir le terme. Nous avons déjà vu quel rôle funeste peut jouer cette appréhension elle-même. Cette dernière forme est la plus bénigne, et signale ordinairement le début de l'affection.

Dans le second, la douleur est plus intense, les symptômes sont plus opiniâtres, plus tenaces ; ils peuvent durer plusieurs heures et se terminer par des accidents graves. Le malade s'arrête tout à coup s'il marche, il se lève précipitamment s'il est assis ; il renverse fortement la tête et le tronc en arrière, comme pour dilater sa poitrine ou exercer une pression mécanique sur le lieu d'où part la douleur ; il s'agite, pousse des cris et réclame des secours. La progression est ordinairement impossible. Les fonctions de l'intelligence ne sont pas troublées, mais celles des sens subissent une perturbation profonde ; la vue s'affaiblit, l'audition est suspendue, la phonation est momentanément abolie. Le système musculaire est plongé dans une véritable torpeur, ou, si quelquefois l'anxiopathe peut faire des mouvements, ce sont des secousses convulsives, provoquées par la souffrance. Si la crise se prolonge, elle réveille les sympathies des principaux viscères, et c'est alors qu'on observe des anomalies dans l'acte respiratoire et la circulation. Le trouble sympathique des nerfs du poumon détermine de la gêne dans la respiration, et le sang retenu dans les cavités du cœur occasionne un malaise cardialgique qui peut aller jusqu'à la dyspnée. Comme le diaphragme et l'estomac participent au désordre, il survient des mouvements anti-péristaltiques, des borborygmes, des nausées, des vomissements, des défaillances, quelquefois de violentes douleurs d'entrailles.

Enfin, dans le troisième degré, à tous ces phénomènes, déjà fort graves, se joignent les suivants, qui sont quelquefois mortels. L'anxiopathe lutte vainement contre la douleur qui l'accable ; une sueur froide et visqueuse couvre son visage et ses membres ; sa physionomie est pâle, livide, profondément décomposée ; il semble que la circulation va se suspendre : les battements du cœur et le pouls sont très-faibles, et la *suffocation* est imminente, malgré l'opinion contraire de quelques auteurs. L'émission involontaire des urines et des selles annonce l'atonie profonde du système muqueux et l'impuissance des muscles constricteurs. Les souffrances du malade sont inexprimables ; la crainte d'étouffer (*pnigophobie*) augmente ses tortures : c'est ici surtout qu'il a la conscience de sa fin prochaine. Ce pressentiment ne

le trompe pas toujours, car dans cet état il peut survenir une syncope suivie de la mort. Si l'action nerveuse n'est pas totalement éteinte, et qu'il revienne de cette crise, ce n'est que pour tomber dans une position morbide qui fait le désespoir du médecin ; car dès lors il n'y a plus de véritable rémission dans les symptômes : un désordre profond des centres nerveux ou de quelque organe essentiel à la vie a rendu le mal incurable.

Il faut avouer que cette terrible variété de l'anxiopathie est la plus rare, et que l'affection ne présente autant de gravité que lorsque déjà elle s'est invétérée par l'influence de l'habitude. Dans les cas les plus heureux, les symptômes, après avoir atteint leur apogée en quelques minutes, après avoir même revêtu quelques-uns des caractères de la troisième forme, décroissent rapidement par une progression inverse à celle qu'ils avaient suivie. Alors des vomissements de bile ou de mucosités abondantes, des éructations, des selles, une sueur copieuse, une détente générale, annoncent le retour à l'état normal. J'ai été témoin d'un cas dans lequel un hoquet opiniâtre termina la scène ; ce qui prouve que les nerfs phréniques n'avaient pas été tout à fait étrangers à la commotion, et que le diaphragme avait joué un rôle dans la production des symptômes.

Quoique la plupart des auteurs aient avancé que le siége de la douleur est exclusivement dans la cavité thoracique, nous ne partageons pas cette opinion : nous avons été témoin de deux cas dans lesquels la douleur s'était évidemment fixée dans l'abdomen. Sous ce rapport, il est donc rationnel de diviser encore l'anxiodynie en *pectorale* et *abdominale*. Dans la première, la douleur remonte d'un des points du thorax vers la tête, les bras et les parties supérieures du corps, sans dépasser le diaphragme ou la région épigastrique ; dans la seconde, elle descend de la poitrine vers la région abdominale, ou bien elle a son point de départ dans l'abdomen, s'irradie vers le centre épigastrique, et s'étend aux membres inférieurs, de manière à rendre la progression impossible ; quelquefois elle ne se propage pas aux membres. Dans tous ces cas, elle est accompagnée des deux autres caractères pathognomoniques de l'anxiodynie : la suffocation et l'angoisse.

Comme toutes les névroses, cette affection présente des anomalies dans sa marche. Quelquefois une crise se compose de plusieurs accès. Tantôt le paroxysme dure quelques secondes, tantôt il se prolonge pendant plusieurs jours (Héberden). Le plus souvent il revient périodiquement, mais à des intervalles irréguliers, et presque toujours après les repas, ou la nuit,

pendant le sommeil. Il est à remarquer que la répétition de l'acte exerce dans ce cas une influence très-prononcée, et que le retour d'un accès prédispose à de nouvelles crises. Leur intensité est en raison directe de leur fréquence, et nous verrons bientôt par quel mécanisme il en est ainsi. Après plusieurs accès, il n'est pas rare de voir la douleur devenir en quelque sorte générale, et commencer par les extrémités, les bras, les oreilles, la mâchoire; parfois elle est précédée d'un engourdissement, d'une sensation qui a quelque analogie avec l'*aura epileptica*. Le plus souvent, le repos et l'immobilité sont un besoin pour les malades; mais on en a vu qui se soulageaient par la progression (Héberden, Parry). Ordinairement, la pression du lieu douloureux semble calmer la souffrance; mais, chez quelques-uns, le moindre contact, le moindre attouchement augmentent le mal, tant est grande l'irritation nerveuse.

Ou l'intermittence est complète, ou elle ne l'est pas. Quelquefois, au début de la maladie, les symptômes n'ont pas un grand retentissement dans l'organisme, et se dissipent avec facilité : alors tout rentre dans l'ordre, et il ne reste à l'anxiopathe que l'impression fâcheuse du souvenir. Mais lorsque déjà plusieurs attaques se sont manifestées, ou que l'affection a revêtu le deuxième degré, il est rare que la commotion ne soit pas durable et que les fonctions reprennent leur type naturel. Alors c'est une oppression, une anxiété précordiale qui persistent, ou bien un tremblement nerveux, une faiblesse musculaire, une excessive irritabilité, une grande facilité aux émotions. Dans cet état d'imminence, la moindre cause, la moindre excitation peuvent déterminer le retour des crises, ou plutôt elles ne sont que momentanément suspendues, et l'intervalle qui les sépare n'est plus qu'une rémittence.

Lorsque l'on considère combien il y a d'irrégularités, d'inconstance dans la marche de cette affection, on ne s'étonnera plus que les auteurs s'accordent si peu sur sa nature, qu'ils aient émis des assertions si opposées, même sur ses caractères pathognomoniques. Tandis que l'un prétend (Héberden) que le pouls conserve sa normalité pendant les accès, les autres affirment qu'il n'en est pas ainsi. Kreysig assure qu'on n'observe jamais de palpitations; Laennec déclare que l'auscultation est un moyen nul et qui n'éclaire en rien le diagnostic. Toutes ces assertions sont contestables.

Ces divergences d'opinions sur les caractères d'une maladie qu'il serait si important de connaître, et qu'il faudrait étudier avec méthode, avec unité, proviennent de ce que les uns l'ont

envisagée dans son état de simplicité, les autres dans un état de complication bien manifeste : il faut cependant tenir compte de ces complications et elles doivent être l'objet d'une étude à part ; autrement on ne connaîtra jamais à fond l'anxiodynie. Il faut également avoir égard au tempérament, aux habitudes, aux idiosyncrasies et aux dispositions affectives du malade. Il est extrêmement probable, par exemple, que s'il est très-nerveux, la douleur sera chez lui plus violente, elle prédominera ; s'il a le cœur développé, l'angoisse, la suffocation seront les symptômes les plus saillants ; s'il a l'estomac irritable, ou si déjà il est atteint de gastrite chronique, la gastralgie, la syncope, la défaillance, les sueurs froides, les vomissements, la courbature des membres, etc., seront les symptômes les plus tranchés ; enfin, si le poumon est malade, l'oppression, la toux, signaleront particulièrement les accès. Il est rationnel de penser que cette dame dont parle Jurine dans sa onzième observation, et qui se trouvait soulagée après avoir mangé, était affectée de gastralgie concomitante, et que les aliments produisaient une congestion, un appel de sang assez forts pour éteindre momentanément la douleur.

Toutes ces circonstances rendent l'étude de l'anxiodynie très-obscure et son diagnostic fort incertain. Nous verrons combien il est facile de la confondre avec d'autres affections, ou plutôt de la méconnaître au milieu des nombreuses complications qui l'accompagnent presque toujours.

Exemples d'anxiodynie non compliquée ou idiopathique.

I. — Une dame, âgée de trente ans, d'un tempérament sec et nerveux, d'une constitution faible et déteriorée, ayant beaucoup maigri depuis quelque temps, fut saisie, à la suite d'une vive contrariété, d'une douleur excessive qui s'irradiait du centre épigastrique et de la région sous-sternale vers les épaules, et lui engourdissait les bras, mais surtout le gauche. En même temps, les extrémités étaient glacées ; elle ne pouvait ni parler ni se mouvoir. Cependant la respiration était libre ; mais l'agitation, l'angoisse étaient extrêmes : elle exprimait ses souffrances par des gestes et faisait comprendre qu'elle allait mourir. Elle éprouvait quelque soulagement en se tenant accroupie de manière que sa tête fût appuyée sur ses genoux et que son corps fût en quelque sorte plié en deux. La douleur se propageait jusqu'aux oreilles et aux tempes. Le pouls était un peu plus accéléré que dans l'état normal, le cœur ne paraissait pas le siége d'aucun désordre ; seulement, le paroxysme débutait par des palpitations et une sorte de frémissement de tout le système nerveux ; il se

terminait par une moiteur générale et une lassitude que dissipaient ordinairement quelques heures de sommeil.

Dans les premiers temps, ces crises furent plus longues, mais moins fréquentes ; elles se prolongeaient six à huit heures, et revenaient tous les deux ou trois mois. Plus tard, elles se manifestaient presque tous les jours, mais ne duraient qu'une demi-heure ou une heure, et étaient beaucoup moins intenses ; elles survenaient surtout après les repas. Les variations de température, et notamment l'électricité répandue dans l'air, exerçaient une singulière influence sur la reproduction et l'intensité des paroxysmes. Cette dame éprouvait alors une sorte de commotion nerveuse, des secousses électriques qui ne disparaissaient entièrement que lorsqu'il s'opérait une détente dans l'atmosphère. Au milieu de ce désordre, la menstruation n'avait subi aucune atteinte. On combattit cette affection avec les antispasmodiques. Au bout de trois ans, elle cessa complètement, et fut remplacée par une névralgie temporo-maxillaire gauche qui revenait périodiquement tous les jours à la même heure. Peu à peu celle-ci disparut à son tour, sous l'influence des antipériodiques, et cette dame est parfaitement guérie.

Cette coïncidence de l'anxialgie avec la névralgie externe ne doit point passer inaperçue. Elle jette une vive lumière sur l'étiologie de l'angine de poitrine idiopathique. L'observation suivante prouve encore l'identité de nature qui existe entre ces affections.

II. — Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, d'une constitution éminemment nerveuse et d'un naturel fort irritable, éprouve depuis une douzaine d'années, c'est-à-dire depuis l'époque où la menstruation a cessé, des crises dont voici les principaux phénomènes.

Tout à coup, au milieu de l'état en apparence le plus satisfaisant, elle est prise d'une douleur déchirante à la région moyenne du sternum ; cette douleur remonte vers le larynx et se porte jusqu'à la mâchoire. Elle s'accompagne d'une si vive anxiété que la malade a la conscience que si elle durait plus de quelques minutes, elle ne la supporterait pas. La progression n'est point impossible ; j'ai remarqué même qu'en général elle produisait du soulagement. Le pouls est à l'état normal ; les battements du cœur sont faibles mais réguliers. La respiration est entrecoupée ; les mouvements de dilatation de la trachée paraissent difficiles, ou plutôt ceux de la poitrine sont entravés par l'inertie qui vient de frapper ses muscles.

Ces crises sont fort courtes, elles durent tout au plus trois

minutes; mais elles sont très-violentes. Elles se terminent par des bâillements, un grand malaise, quelquefois des maux d'estomac et des vomissements.

Autrefois, elles reparaissaient presque tous les mois; mais cette femme ayant éprouvé une névralgie sciatique très-rebelle, la première affection a presque entièrement disparu, ou du moins elle ne se reproduit qu'à de rares intervalles.

La malade est sujette à d'autres douleurs névralgigues, notamment aux bras et à la tête; elle a été traitée dans sa jeunesse d'un tic douloureux très-opiniâtre.

Elle n'est atteinte d'aucune lésion apparente des organes de la circulation, quoique sa sœur ait succombé aux progrès d'un anévrysme de l'aorte.

Voilà deux cas dans lesquels l'anxialgie se trouve évidemment liée à une prédisposition névralgique. Il est très-probable qu'un assez grand nombre de faits de ce genre passent inaperçus dans la pratique; ce qui nous autorise à penser que les personnes atteintes de névralgies sont peut-être, avec celles qui ont une affection du cœur, les plus prédisposées à l'angine de poitrine.

III. — Le cas le plus remarquable et le plus tranché d'anxiodynie dont j'aie été témoin est le suivant :

Un homme d'une cinquantaine d'années, ayant été, selon lui, injustement condamné à quelques jours de prison, en éprouva un si vif chagrin, qu'en entrant dans le cachot il fut saisi d'une sorte d'attaque dont il ne sut pas bien me rendre compte. Depuis cette époque, il conserva constamment un malaise vers la région précordiale; cependant l'auscultation ne dévoilait aucun autre symptôme caractéristique d'une affection du cœur. Toutes les fois qu'il marchait vite, ou qu'il gravissait un lieu élevé, ce malaise redoublait et s'accompagnait d'une gêne bien marquée dans la respiration. Un jour, on vint me chercher à la hâte, et je le trouvai dans l'état suivant :

Suffocation imminente, provoquée par une douleur atroce qui s'élève de la base de la poitrine vers le larynx et les bras : le passage de l'air dans la trachée ne fait entendre aucun bruit anormal; mais les mouvements d'inspiration sont évidemment enrayés, soit par la paralysie momentanée du diaphragme et des muscles du thorax, soit peut-être par l'engouement des vaisseaux pulmonaires, d'où résultent un défaut d'hématose et un trouble profond de l'acte respiratoire. Parole brève, entrecoupée; voix rauque; nausées et défaillances; peau sèche, froide aux extrémités; visage couvert de sueur, physionomie livide, lèvres bleuâtres, agitées d'un mouvement convulsif; pouls petit, accéléré;

battements du cœur précipités, beaucoup moins forts que de coutume. Le malade s'agite convulsivement sur son lit, il se désespère, et s'écrie que si cette horrible douleur ne cesse, il va succomber à l'instant.

Ici la saignée était contre-indiquée, et, pour le moment, les excitants diffusibles, les antispasmodiques et les révulsifs cutanés étaient les seuls moyens praticables. Après avoir mis en usage les substances signalées au début du chapitre consacré au traitement, substances qu'il est toujours facile de se procurer *extemplò*, je lui prescrivis la poudre antispasmodique de zinc et de valériane, une potion éthérée, et des frictions sur l'épigastre avec l'alcoolat éthéré et camphré de quinine. (Voyez les formules consignées au chapitre de la médication.)

Ces divers moyens semblèrent calmer cette crise formidable; mais il était évident que chaque paroxysme laissait des traces de son passage. Il existait toujours du malaise vers la base du sternum, et chaque inspiration profonde redoublait ce malaise. Le pouls était resté faible, intermittent; le moindre exercice occasionnait de la fatigue; le sommeil était agité, souvent troublé par des rêves pénibles ou le cauchemar. Cependant l'appétit s'était maintenu dans toute son intégrité, et les digestions étaient bonnes. Le malade fut soumis au régime tonique, indiqué à l'article du traitement (anxiodynie idiopathique, intervalle des crises). En même temps, un petit nombre de sangsues furent appliquées à l'anus, à de courts intervalles, afin de provoquer un engorgement des veines hémorrhoïdales, et un cautère fut ouvert au bras pour entretenir une énergique révulsion.

Sous l'influence de cette médication active, cet homme semblait se rétablir, et déjà, depuis plus de trois mois, il n'avait éprouvé de crises, lorsqu'il fut contraint de faire plusieurs lieues à pied, et de coucher, le soir, dans une auberge, où il souffrit du froid et de l'humidité (c'était au mois de janvier). Dès lors, il ressentit de nouvelles atteintes, et à peine fut-il arrivé chez lui, qu'il fut pris d'un accès des plus violents.

Cette fois, le mal revêtit un caractère d'opiniâtreté qu'il n'avait jamais eu auparavant, et après quelques alternatives de calme et d'exaspération, il se termina par la mort. Ce dernier et fatal paroxysme dura quarante-huit heures: vers la fin, la suffocation sembla prédominer sur la douleur, et cet homme succomba aux progrès d'une véritable asphyxie, évidemment occasionnée par un défaut d'hématose et une paralysie simultanée du diaphragme et des muscles dilatateurs du thorax.

La poitrine fut examinée avec le plus grand soin. Les cavités

droites du cœur étaient gorgées d'un sang noir et liquide; l'artère pulmonaire présentait un peu de dilatation; le poumon, plus foncé que de coutume, était aussi rempli de sang; son tissu répandait, sous la pression, une sérosité roussâtre; d abondantes mucosités obstruaient les bronches et la trachée-artère, et avaient nécessairement dû hâter la suffocation. *Rien de particulier du côté de l'aorte et des artères coronaires.* Le cœur, toutefois, paraissait un peu hypertrophié; mais il est bon de noter que c'était un sujet musculaire et à large poitrine.

Abdomen sain; le foie est volumineux et gorgé de sang.

Cerveau à l'état presque normal; je dis presque, car il nous sembla que la substance blanche présentait un peu d'injection.

On ne peut, en conscience, attribuer aux désordres organiques que dévoila l'autopsie les graves accidents qu'avait éprouvés ce malade. Aussi avons-nous placé cette observation au nombre de celles qui appartiennent à l'anxiodynie *essentielle* ou *idiopathique.*

§ II. *De l'anxiodynie symptomatique ou compliquée.* — L'anxiodynie idiopathique, l'anxiodynie dépouillée de toute complication, est fort rare, et voici pourquoi : c'est qu'il n'est pas possible que le trouble, même momentané de la fonction peut-être la plus importante de l'économie, de l'innervation, ne réveille pas des sympathies nombreuses et n'amène pas des désordres plus ou moins graves. C'est en ce sens que la lésion de vitalité peut précéder la lésion de texture.

Mais, d'un autre côté, il serait absurde de prétendre que les altérations profondes des viscères ne pussent réveiller les sympathies des nerfs qui les animent, et produire à leur tour tous les symptômes de l'anxialgie, et l'on doit s'étonner qu'aucun des auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'ait admis cette variété qui se rencontre si souvent. Lors même que les faits qui se présentent en foule n'en démontreraient pas l'existence, l'analogie suffirait pour l'établir.

Bien plus, n'est-il pas encore rationnel de penser que l'altération de texture, qui survient à la suite de l'ébranlement organique occasionné par des crises répétées, réagit à son tour sur l'innervation; de sorte que les deux lésions, celle de vitalité et celle de texture, se confondent en vertu de ce mystérieux enchaînement qui lie la matière à la sensibilité ?

Comment se fait-il, direz-vous, que l'anxiodynie idiopathique ne puisse longtemps exister seule et qu'elle se complique presque toujours.

Pour répondre à cette question, il faut se rappeler par quel

mécanisme agit la douleur ; il faut se représenter l'influence sympathique qu'elle exerce sur les tissus. Cet adage : *ubi dolor ibi fluxus*, est un des plus vrais de l'art médical. La douleur atroce appelle le sang et l'inflammation, elle détermine la fièvre. J'ai eu dernièrement l'occasion de traiter un cas fort grave de péritonite, dans lequel j'ai pu apprécier au juste toute l'influence de la douleur ; j'ai pu la suivre dans sa marche progressive, dans toutes ses phases. Elle se déclara d'abord sur un des points de la région hypogastrique, et acquit une intensité fort grande ; le pouls, enchaîné par elle, battait lent et régulier. Le lendemain, la fièvre s'allume, et la douleur diminue ; pendant les trois premiers jours, alternatives de douleur et de fièvre ; enfin celle-ci prédomine, et alors l'inflammation s'irradie, elle se propage graduellement à tous les points du péritoine, et l'on dirait du centre à la circonférence. Mais la douleur s'éteint, et la congestion, qui parcourt ses périodes, semble diminuer d'intensité à mesure qu'elle gagne en surface ; de profonde, elle devient superficielle. Le douzième jour, la portion du péritoine qui recouvre le foie s'enflamme à son tour, et la peau prend une teinte jaune-orangé, etc.

Eh bien ! l'anxialgie ne peut-elle pas produire les mêmes phénomènes ? N'est-elle pas subordonnée à toutes les chances de la douleur, dont elle n'est que l'expression la plus caractérisée ? Légère et peu intense, elle ébranle le système nerveux et congestionne les tissus ; prolongée et opiniâtre, elle désorganise ; très-violente, elle foudroie, elle tue.

Mais ici l'irritation revêt un caractère de chronicité, sans doute parce que les causes qui produisent le mal n'agissent que d'une manière lente et graduelle ; et voilà pourquoi les désorganisations des viscères de la poitrine signalent le terme de cette maladie. M. Desportes pense que l'angine de poitrine *peut consécutivement produire l'anévrysme passif du cœur et les hydropisies du péricarde et des plèvres.*

Il est vrai que, dans quelques cas, l'anxialgie a paru se prolonger fort longtemps sans déterminer d'altération de texture appréciable ; mais ces faits ont été recueillis à une époque où l'anatomie pathologique ne pouvait encore que faiblement éclairer la science ; et d'ailleurs, fussent-ils avérés, ils ne constitueraient qu'une rare exception, s'éloignant de la marche naturelle, et dont il serait difficile de trouver la cause.

L'anxiodynie dépendant d'une lésion organique primitive est bien certainement la plus fréquente ; elle n'a jamais été étudiée d'une manière spéciale, et, sur ce point encore, nous nous éloignons de la route battue par nos devanciers.

Elle est symptomatique :

Ou d'une lésion de la fibre nerveuse *(névrôme, névrite, névrilite)*;

Ou d'une lésion du cœur ou de ses annexes;

Ou d'une lésion du poumon;

Ou d'une lésion du diaphragme;

Et quelquefois de plusieurs de ces organes à la fois, ou des autres organes contenus dans la poitrine.

Quelques faits tendent à établir qu'elle peut aussi dépendre d'une lésion organique ayant son siége dans l'abdomen et réagissant mécaniquement ou par sympathie sur le cœur, le poumon ou le système nerveux. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

3. *Thérapeutique du croup*; par A. Godefroy, D. M. P., professeur à l'École de médecine de Rennes.

(Journal des Conn. médico-chir., juillet 1845.)

Jusqu'à ce jour le seul nom de croup jeta l'épouvante au sein des familles, et le médecin, en le prononçant, n'était guère plus rassuré que ceux qui l'entendaient. Cependant, par une médication convenable, l'on parvient souvent, je dirais même presque toujours, en ne voyant que ma pratique, à obtenir un résultat favorable toutes les fois que l'on est appelé au commencement de la deuxième période de cette cruelle maladie.

Autrefois, j'employais pour combattre le croup à la deuxième période (époque où nous sommes généralement appelés) le séjour au lit, des boissons chaudes, des sangsues au-devant du cou, des cataplasmes chauds au même lieu, l'émétique souvent répété (afin de tenir les malades dans un état de vomiturition continuel), des révulsifs aux extrémités inférieures, et la cautérisation des fausses membranes, s'il en apparaissait. A la troisième période, j'ajoutais à ces moyens des révulsifs sur le thorax et sur le canal intestinal.

Avec ce traitement, la plupart de mes petits malades succombaient.

De pareils résultats ne devaient pas m'attacher beaucoup à mon mode de médication, et j'étais tout prêt à expérimenter le premier remède vanté.

C'est dans cette disposition d'esprit que je lus l'article suivant dans le numéro d'avril 1836 du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales.*

De l'emploi du sulfate de cuivre dans le croup.

« Hoffmann a prôné ce remède en 1821; il lui reconnaît une

« action analogue à celle de l'émétique, mais plus sûre et plus « prompte ; il lui attribue la propriété de diminuer la plasticité « de la lymphe, d'amoindrir l'énergie du système artériel, et « d'augmenter l'absorption en exagérant l'activité du système « veineux : il l'administre à la dose d'un quart de grain ou même « d'un demi-grain toutes les demi-heures, associé à la digitale « pourprée. M. Zimmermann cite douze auteurs qui ont eu éga- « lement à se louer un plus ou moins grand nombre de fois de « cet agent thérapeutique.

« Il y a eu recours lui-même quinze fois dans des cas la plu- « part très-graves, et il n'a perdu que deux malades.

« Si le mal est encore dans la première période, il se dispense « des évacuations sanguines, suivant la force du sujet. Dans la « conviction où il est qu'il importe de provoquer le vomissement, « il administre tout d'abord le sulfate de cuivre à la dose d'un « huitième de grain à un demi-grain, suivant les circonstances, « dans une petite quantité d'eau sucrée. Il faut remuer la poudre « dans l'eau avec le doigt, et non avec une cuillère d'argent. »

—Malgré mon grand désir d'employer une médication nouvelle contre le croup, je voulais cependant qu'elle fût rationnelle et que je pusse me rendre compte de son mode d'action. Or, Hoffmann, et probablement Zimmermann et les douze autres praticiens que l'article ne nomme pas, employaient un mélange de sulfate de cuivre et de digitale pourprée ; médicaments qui agissent l'un et l'autre comme vomitifs et comme sédatifs du système artériel. Auquel des deux agents devait-on rapporter les guérisons obtenues ? Etait-ce au cuivre ? était-ce à la digitale ? ou bien l'association de ces deux médicaments était-elle nécessaire pour obtenir un résultat favorable ?

Dans l'impossibilité où j'étais de décider *à priori* ces questions, je me proposai d'expérimenter d'abord le sulfate de cuivre, comme plus facile à manier, sauf, en cas d insuccès, à recourir à la digitale, et enfin à l'association de ces deux agents.

Le hasard me favorisa, et je reconnus au sulfate de cuivre toutes les propriétés du mélange d'Hoffmann, dans lequel par conséquent la digitale ne joue que le rôle d'adjuvant.

Au premier croup que j'eus occasion de traiter, je substituai le sulfate de cuivre à l'émétique, et j'eus tant à me louer de son emploi, que depuis lors je n'ai plus eu recours qu'à lui ; et toutes les fois que j'ai été appelé au début de la toux croupale, j'ai eu le bonheur de sauver mon malade.

Les observations suivantes montreront que le traitement em-

ployé consiste en boissons chaudes, séjour au lit, sangsues *loco dolenti*, cataplasmes *id.*, révulsifs aux extrémités inférieures, et enfin dans l'emploi souvent répété du sulfate de cuivre, afin que le malade se trouve presque continuellement sous l'influence débilitante des vomissements.

Cette méthode est donc absolument pareille à celle que j'employais avec si peu de succès avant 1836 : la substance vomitive seule est changée, et c'est à ce changement que je dois tous mes succès.

Obs. I. — Louis L., âgé de cinq ans, vacciné, d'une bonne constitution, habitant un rez-de-chaussée humide et situé sur le bord d'une rivière, fut pris, dans la nuit du 6 au 7 janvier 1837, d'une toux particulière qui effraya ses parents. Mandé le 7 au matin, j'étais près de lui à sept heures. L'enfant toussait, me dit-on, depuis deux ou trois jours ; mais comme c'était une toux ordinaire et qu'il continuait ses jeux, l'on n'y avait pas pris garde : c'était seulement la nuit précédente que la toux avait changé de caractère.

Voici ce que je constatai : face rouge et injectée, la peau chaude, le pouls fréquent, la région laryngienne douloureuse au toucher, respiration anxieuse ; le petit malade remonte à chaque instant dans son lit. L'auscultation fait entendre une inspiration sifflante : si l'on fait parler l'enfant, sa voix est rauque et voilée, et l'on provoque une quinte de toux qui détermine le cri caractéristique (chant du coq.)

En examinant l'arrière-bouche, je constatai la présence de couennes diphthériques sur les amygdales et sur les piliers du voile du palais.

Prescription. Six sangsues au-devant du cou ; après leur chute, cataplasmes de farine de lin sur les piqûres, et administration du vomitif suivant :

Pr.	Sulfate de cuivre.	10 centigrammes ;
	Sirop de fleurs d'oranger.	25 grammes ;
	Eau.	100 grammes.

— A prendre par cuillerée à bouche toutes les dix minutes. Pour boisson, une infusion de fleurs de mauve, bue chaude et sucrée ; des cataplasmes très-chauds aux pieds ; séjour au lit et abstinence de tout aliment.

Je revois l'enfant à midi : le vomitif a produit cinq vomissements ; les plaques diphthériques sont cautérisées avec le crayon d'azotate d'argent fondu. Comme l'état de la respiration est le même que le matin, je fais renouveler le vomitif, qui produit

quatre vomissements et deux selles. Les vomissements entraînent des débris de fausses membranes.

A six heures du soir, la respiration est beaucoup moins sifflante, la toux a quelque chose de gras; le cri du coq est sensiblement diminué; la peau est moite. Je fais continuer les cataplasmes et la tisane: nouvelle cautérisation des plaques.

Le 8, l'enfant a dormi quelques heures, la respiration fait entendre un râle muqueux, la toux revient par quintes, mais sans mauvais caractère; fièvre nulle; une plaque diphthérique persiste sur l'amygdale gauche.

Prescription. — Un looch blanc; continuation de la tisane; remplacer les cataplasmes du cou par de la laine, suspendre ceux des pieds; je cautérise de nouveau.

Le soir, le petit malade voulait manger; je lui permis quatre cuillerées de bouillon gras. Le 9, tout symptôme grave avait disparu: il ne restait plus qu'un simple catarrhe.

La cautérisation des plaques fut extrêmement pénible pour l'enfant et pour moi. Les bouchons de liége que l'on plaçait entre les dents pour maintenir la bouche ouverte ne tardaient pas à être aplatis, et je craignais à chaque instant que l'enfant ne les coupât et ne fermât la bouche, ce qui l'eût exposé au danger d'avaler ma pierre infernale; c'est pourquoi, à la dernière cautérisation, j'employai le bouchon du fusil de son père (qui était garde national). Ces bouchons, faits en bois, sont arrondis par le bout et assez polis pour ne pouvoir blesser, et l'on n'a pas la cainte de les voir couper ou écraser par les dents de l'enfant. Depuis lors je n'emploie plus que ces bouchons.

Obs. II. — Le 14 février 1837, M. C..., laboureur à une lieue de Rennes, me fit appeler dans la nuit pour voir sa fille, âgée de trois ans, et qui éprouvait la même toux que son frère aîné, mort du croup deux mois auparavant. A trois heures du matin, j'étais près de l'enfant, m'étant muni, avant de partir, de sangsues, de sulfate de cuivre, de farines de lin et de moutarde.

Je trouvai l'enfant aboyant continuellement, la figure injectée, la peau chaude, la respiration pénible et sifflante; l'agitation était extrême, la voix rauque, le larynx et ses environs douloureux, le pouls fort et rapide; l'on n'apercevait rien dans l'arrière-bouche. J'apposai six sangsues sur le larynx, et aussitôt qu'elles eurent mordu, j'administrai à l'enfant 10 centigrammes de sulfate de cuivre dissous en dix cuillerées d'eau. Il fallut administrer ce médicament de force, l'enfant refusant tout ce qui n'était pas du cidre. Six vomissements ne tardèrent pas à survenir et entraînèrent une assez grande quantité de mucosités filantes.

Les piqûres des sangsues furent recouvertes de cataplasmes de farine de lin, et des sinapismes furent appliqués aux pieds : cidre chaud coupé d'eau pour tisane ; abstinence. Je quittai ma petite malade à sept heures, et ordonnai de renouveler le vomitif à dix heures et de dissoudre le sel de cuivre dans du cidre au lieu d'eau. Six vomissements et quatre selles en furent le résultat. Après ces évacuations, un mieux sensible se manifesta, et l'enfant s'endormit.

Le soir, on vint me dire qu'elle voulait se lever et manger. Je permis du bouillon toutes les quatre heures, fis continuer l'usage du cidre coupé d'eau et le séjour au lit. Quelques jours plus tard, il n'y avait plus trace de maladie.

Obs. III. — Trois mois après, cette enfant présenta les mêmes symptômes, qui furent combattus par les mêmes moyens et avec le même avantage.

Obs. IV. — La maladie récidiva une troisième fois à l'âge de six ans, et cette fois encore mes efforts furent couronnés de succès ; seulement cette petite fille est restée très-longtemps enrouée à la suite de cette dernière attaque.

Obs. V. — Le 23 août 1838, Pierre C..., frère de la précédente, âgé de trois ans, vacciné, fut à son tour pris des mêmes accidents, et les mêmes moyens triomphèrent encore ; seulement il fallut lui administrer trois vomitifs dans les premières vingt-quatre heures.

Obs. VI. — Jean C..., frère du précédent, âgé de deux ans, vacciné et d'une belle santé habituelle, fut pris, dans la nuit du 7 décembre 1840, de toux croupale. Rendu près de lui le 8 à 1 heure du matin, je trouvai l'enfant endormi ; mais à chaque instant il était réveillé par une quinte de toux caractéristique, qui lui arrachait des cris ; la respiration était sifflante, et la pression sur le larynx déterminait de la douleur : point de fausses membranes dans le gosier. Quatre sangsues furent appliquées sur le larynx ; 10 centigrammes de sulfate de cuivre furent administrés en dix cuillerées de cidre, une cuillerée toutes les dix minutes, et les pieds furent enveloppés de cataplasmes sinapisés chauds : le vomitif fit expulser de notables lambeaux de fausses membranes. La mère lui donna le sein toutes les trois heures. Un second vomitif fut pris dans l'après-midi ; mais il ne fit rendre que des mucosités.

Le lendemain, il y avait encore de la raucité dans la voix et de la difficulté dans la respiration ; un troisième vomitif fut administré, et après lui il ne resta plus qu'une simple bronchite, qui guérit au bout de quelques jours.

Obs. VII. — G..., belle enfant de dix-huit mois, que sa mère nourrit, est prise de toux croupale dans la nuit du 25 au 26 mars 1844. L'enfant a été vaccinée et a eu la rougeole. Appelé près d'elle à cinq heures du matin, je trouvai l'enfant s'agitant et criant à chaque accès de toux ; la respiration est sifflante, le cri voilé et caractéristique. Quatre sangsues sont appliquées au-devant du cou, et les jambes sont plongées dans un bain sinapisé ; puis l'on administre 5 centigrammes de sulfate de cuivre en cinq cuillerées d'eau sucrée (une cuillerée toutes les dix minutes) : cataplasmes au cou. Trois vomissements ont lieu : après cette évacuation, l'enfant s'endormit.

Je revis ma petite malade à midi : les symptômes étaient tout aussi intenses que le matin. 5 centigrammes de sulfate de cuivre sont administrés de nouveau ; ils produisent deux vomissements et trois selles : les vomissements ont entraîné des parcelles pseudo-membraneuses.

Le soir, j'examine l'arrière-bouche, et je trouve des plaques diphthériques sur les amygdales, sur le voile du palais et sur les piliers ; elles sont immédiatement cautérisées avec un pinceau imbibé du mélange suivant :

P. Acide chlorhydrique. . . . . 2 grammes
Miel rosat. . . . . 8 id.
Mêlez.

L'accès de toux et de suffocation imminente que détermine cette cautérisation fait rejeter à l'enfant une assez grande quantité de mucosités filantes teintes de sang.

Le 27, la nuit a été passable ; cependant il y a eu quelques quintes de toux rauque, et le chant de coq se fait encore entendre ; la respiration est sèche et sifflante. Nouvelle cautérisation et nouveau vomitif qui amène quelques parcelles de fausses membranes et la cessation de la toux et de la respiration croupables. On remplace les cataplasmes du cou par de la laine. Même régime.

Je fus obligé de cautériser les trois jours suivants, afin de détruire complètement les plaques diphthériques, et de faire tenir l'enfant très-chaudement et à une diète légère, pour combattre le catarrhe qui fut la suite de cette affection.

Obs. VIII. — Le 27 janvier 1844, je fus appelé à trois heures du matin pour la fille unique de madame veuve L..., enfant de six ans, qui présentait les symptômes suivants :

Dyspnée extrême, respiration sifflante, toux et voix rauque, ayant de l'analogie avec le chant du coq ; région laryngienne douloureuse ; il y a de la fièvre, l'enfant s'agite continuellement

dans son lit; rien dans la gorge. Depuis deux ou trois jours, l'enfant toussait, mais n'avait pas cessé d'aller à sa pension. A ces signes je ne pouvais méconnaître le croup; aussi ma prescription fut-elle :

Six sangsues au-devant du cou; cataplasmes après leur chute;

Potion vomitive, à prendre une cuillerée à bouche toutes les dix minutes.

P.	Sulfate de cuivre.	10 centigrammes;
	Sirop de fleurs d'oranger.	25 grammes;
	Hydrolat de tilleul.	100 —
	F. S. A.	

Cataplasmes très-chauds aux pieds : les deux premiers seront saupoudrés de farine de moutarde ; infusion de fleurs de violettes, bue chaude et sucrée avec le sirop de capillaire. Diète. — Le vomitif a produit six vomissements qui ont entraîné des débris de fausses membranes. Les symptômes restent les mêmes. A dix heures, le docteur Guyot voit la malade avec moi, et nous conseillons de renouveler immédiatement le vomitif; il produit deux vomissements de matières filantes mêlées de débris pseudo-membraneux, et deux selles.

Le soir, la toux était par intervalles moins rauque et la respiration moins sifflante; le chant du coq était beaucoup plus rare : on fit cependant renouveler la potion vomitive, qui produisit quatre vomissements et des sueurs abondantes.

Le 28, il n'existait plus que du catarrhe, pour lequel on continua la tisane, le séjour au lit, et l'on administra un looch blanc antimonié à 2 grammes.

La santé était parfaite le 31 janvier.

Obs. IX. — Louis C...., très-fort et très-gros garçon, âgé de trois ans, fut pris, à une heure du matin, dans la nuit du 5 au 6 juillet 1843, de toux croupale. Appelé à l'instant, je trouvai l'enfant assis sur son lit, la respiration haletante et sifflante; les quintes de toux étaient très-rapprochées et caractéristiques ; la figure était injectée et la fièvre forte. La mère me dit que depuis deux jours l'enfant toussait un peu, et que la veille il n'avait pas voulu souper. Je fis appliquer six sangsues au-devant du cou, et aussitôt leur chute on administra 10 centigrammes de sulfate de cuivre dans 125 grammes d'eau édulcorée.

Des cataplasmes très-chauds furent placés au cou et aux jambes; un looch blanc, que l'enfant aimait beaucoup, fut donné après le vomitif, et la tisane consista en eau chaude sucrée avec le sirop d'orgeat. Je revis mon petit malade à sept heures du matin. Trois vomissements de matières muqueuses ont eu lieu;

mais point d'amélioration notable. Aussi un nouveau vomitif fut-il administré de suite et produisit trois vomissements copieux qui amenèrent, comme celui du matin, des mucosités filantes ; il y eut deux selles. Je revis l'enfant à midi : il dormait, et sa respiration me parut plus grasse et moins pénible ; le soir, les symptômes reprirent de l'acuité, la voix redevint rauque et voilée, et la respiration sifflante.

Un troisième vomitif est administré, et les cataplasmes des pieds sont remplacés par un épispastique à la jambe droite.

Ce vomitif produisit deux ou trois vomissements et quatre selles.

Le lendemain, les accidents étaient conjurés et la maladie réduite à un simple catarrhe qui guérit en quelques jours par les moyens ordinaires.

Obs. X. — Dans la nuit du 25 au 26 octobre de la même année, ce pauvre enfant fut repris des mêmes accidents : les mêmes moyens, moins le vésicatoire, furent remis en usage et avec le même succès.

Obs. XI. — Narcisse C..., frère du précédent, bel et fort enfant que sa mère nourrit, âgé de dix-huit mois, fut pris, dans la nuit du 31 mars au 1er avril 1844, de symptômes de croup. Sa mère connaissait trop bien la toux croupale pour tarder un instant à m'appeler ; aussi me fit-elle demander à trois heures du matin.

Je trouvai l'enfant oppressé, ayant une respiration sifflante, et jetant par intervalles un cri rauque et pathognomonique ; la peau est chaude et moite, le pouls fréquent et assez fort : la veille, l'enfant avait teté comme à l'ordinaire. Quatre vigoureuses sangsues furent appliquées sur la région laryngienne ; des cataplasmes sinapisés enveloppent les deux jambes et les pieds, et seront remplacés, dans une heure, par des cataplasmes simples ; une infusion de fleurs de violettes sera donnée pour boisson. Aussitôt les sangsues tombées, on recouvrira leurs piqûres de cataplasmes, et on administrera la potion vomitive. La cinquième cuillerée de la potion provoqua quatre vomissements de matières muqueuses, après lesquels l'enfant s'endort pendant une heure. A son réveil, la mère lui donna le sein.

A huit heures, je revois l'enfant : la toux est toujours rauque et voilée, la respiration sifflante. Je fais administrer le reste de la potion vomitive, qui produit deux vomissements et deux selles.

A midi, les symptômes ne s'étaient point amendés : j'ai recours à une nouvelle dose de sulfate de cuivre, et je fais appliquer un épispastique à la jambe. Ce nouveau vomitif produit

trois vomissements et plusieurs selles. Dès lors il y eut un mieux marqué : l'enfant teta plus longuement, la toux devint de moins en moins rauque, et à ma visite du soir ce n'était plus que de temps en temps que le timbre croupal reparaissait.

Le lendemain matin, lors de ma visite, l'enfant jouait avec sa mère, et il ne restait plus à guérir qu'un catarrhe et le vésicatoire.

Obs. XII. — Eugène G..., âgé de trois ans, d'un tempérament lymphatique, et atteint d'eczéma chronique, fut, dans la nuit du 11 au 12 octobre 1844, pris d'une toux particulière qui inquiéta ses parents, mais pas assez pour m'envoyer chercher de suite. Ce ne fut que le 12, à sept heures du matin, que je fus appelé. L'enfant se portait bien les jours précédents, et avait joué assez tard la veille au soir dans un petit jardin dépendant de l'habitation.

Je trouvai le petit malade couché sur le ventre et tourmenté par une toux croupale incessante ; la respiration était anxieuse et sifflante ; l'enfant (avec lequel je suis très-bien) me parle volontiers, mais il est presque aphone ; la figure est injectée, la peau chaude, le pouls fort et fréquent ; rien dans la gorge.

Prescription. — Quatre sangsues sur le larynx ; cataplasmes sur leurs piqûres ; bains de jambes avec 65 grammes de farine de moutarde ; infusion de bourrache, bue chaude et miellée ; séjour au lit ; à la chute des sangsues, une cuillerée à bouche de la potion suivante toutes les dix minutes :

P.	Sulfate de cuivre.	10	centigrammes ;
	Sirop de fleurs d'oranger. . . .	25	grammes ;
	Hydrolat de tilleul.	100	—

Toute la potion fut administrée. Ce ne fut qu'aux dernières cuillerées que des vomissements eurent lieu ; ils entraînèrent des parcelles de fausses membranes.

A deux heures de l'après-midi, je revis mon petit malade, et ne trouvant pas d'amélioration dans son état, je fis répéter le sulfate de cuivre. Ce nouveau vomitif produisit quatre vomissements copieux qui entraînèrent encore quelques parcelles de fausses membranes. Cependant la voix conservait son timbre voilé, et la toux était toujours rauque ; aussi un troisième vomitif fut-il administré à huit heures du soir : il produisit cinq à six vomissements assez pénibles. L'enfant dormit assez bien ; il fut seulement réveillé par quelques quintes de toux infiniment moins rauques que celles de la nuit précédente. A ma visite du 13, l'enfant voulait manger : sa respiration était devenue catarrhale, et ce n'était que de temps en temps qu'elle rede-

venait sifflante; la toux, sans être grasse, n'était plus sèche et rauque; enfin il y avait un mieux sensible. Du bouillon, un looch blanc, la continuation de la tisane et du séjour au lit, telle fut ma prescription : le mieux continua, et le quatrième jour l'enfant jouait dans sa chambre.

Obs. XIII. — Dans la nuit du 25 au 26 janvier 1845, le même enfant présenta la même toux croupale, mais sans oppression et sans fièvre; un vomitif avec 10 centigrammes de sulfate de cuivre, une infusion de fleurs pectorales et le séjour au lit ont arrêté cette indisposition, qui n'a duré que vingt-quatre heures, quoique les observations suivantes prouvent que nous étions alors sous l'influence d'une épidémie de croup.

Obs. XIV. — Marie M..., âgée de deux ans, lymphatique, atteinte de la rougeole depuis trois jours, fut prise, dans la nuit du 7 au 8 janvier 1845, de toux croupale, pour laquelle on m'envoya chercher à deux heures du matin. Je trouvai ma petite malade dans une anxiété extrême, se tenant au cou de sa mère, la tête renversée, et incessamment tourmentée par une toux rauque et sifflante tout à fait caractéristique (chant de coq), et que l'on provoque en appuyant le doigt sur le larynx.

Prescription. — Quatre sangsues, cataplasmes très-chauds au cou et aux pieds; 5 centigrammes de sulfate de cuivre en cinq cuillerées d'eau tiède sucrée; continuation du looch blanc antimonié à 2 grammes, et de l'infusion de fleurs de tilleul qu'elle prenait pour sa rougeole.

Six vomissements de matière glaireuse ont été le produit du vomitif.

A midi, la toux est encore rauque et la respiration sifflante; je fais renouveler le sulfate de cuivre : cette nouvelle dose ne procure que deux vomissements muqueux et une selle; mais le timbre de la voix et la toux sont améliorés; la nuit se passe assez bien, et le lendemain il n'y a plus qu'un catarrhe.

Obs. XV. — Le 10 janvier 1845, M. D..., qui avait perdu l'an dernier un enfant du croup, vint, à cinq heures du matin, réclamer mes soins pour son fils aîné, âgé de trois ans, qui lui paraissait atteint de cette terrible maladie. L'enfant a, dans la nuit, été réveillé par des accès de toux rauque, ayant de l'analogie avec le chant du coq. La voix est voilée et la respiration sifflante; on détermine à volonté un accès de toux et de suffocation en pressant sur le larynx du malade, dont la figure exprime l'anxiété; la peau est chaude et moite, le pouls fébrile; l'examen de l'arrière-bouche fait voir les amygdales et le voile du palais parsemés de plaques diphthériques.

Prescription. — Six sangsues sur le larynx, cataplasmes au cou et aux pieds; potion avec 10 centigrammes de sulfate de cuivre, infusion de bourrache, bue chaude et miellée. Le vomitif ne produisit point de vomissements, mais seulement quelques évacuations alvines.

A dix heures, je revois le malade : les symptômes sont les mêmes; je touche les plaques avec un pinceau imbibé du mélange suivant :

P. Acide chlorhydrique. . . . . 2 grammes.
Miel rosat. . . . . 2 —

Le vomitif est renouvelé : cette fois il produit cinq vomissements de matières muqueuses filantes, mêlées de débris de fausses membranes.

Le soir, ne trouvant pas d'amélioration notable, je fis donner un nouveau vomitif, et touchai de nouveau avec le caustique.

Le vomitif amena de nouvelles portions de membranes.

L'enfant dormit un peu; mais il eut encore beaucoup de quintes de toux caractéristique.

A ma visite du 11, je le trouvai encore aphone, ayant la toux croupale et la respiration sifflante; les plaques diphthériques sont dans le même état que la veille. Nouvelle cautérisation; on renouvelle le vomitif; looch blanc antimonié à 2 grammes; emplâtre épispastique sur le devant de la poitrine.

Le vomitif produit trois vomissements avec débris de fausses membranes; la toux prend de la souplesse, la respiration est moins sifflante, la voix est rauque, les plaques diphthériques ont diminué.

A ma visite du soir, je fis une nouvelle cautérisation et prescrivis un quatrième vomitif. L'enfant se plaignait de son épispastique.

Le vomitif produit quatre vomissements, dans lesquels il y a des flocons de mucosités épaisses.

Le 12, la toux est devenue un peu grasse et la respiration un peu moins sifflante; il n'y a plus de taches que sur les amygdales; l'emplâtre épispastique a très-bien mordu.

Nouvelle cautérisation; continuation du looch et de la tisane; je permets un bouillon toutes les quatre heures.

Le mieux a été dès lors en augmentant, mais les plaques diphthériques n'ont complètement disparu que le 16, quoique ayant été cautérisées tous les jours, et la surface du vésicatoire s'est recouverte d'une couche de même nature.

Obs. XVI. — Maria G..., âgée de dix mois, grande, mais fluette

et très-délicate, ayant cinq dents, nourrie par sa mère, vaccinée, fut prise, dans la nuit du 12 au 13 janvier 1845, d'agitation, d'anxiété, avec toux croupale et respiration sifflante; elle refuse le sein, ou, si elle le prend, c'est pour le laisser à l'instant. Sa mère, effrayée, m'envoya chercher à une heure du matin. N'ayant pu m'y rendre aussitôt, je conseillai de donner, en m'attendant, un bain de jambes avec 65 grammes de farine de moutarde ; ce qui fut fait.

A ma visite, je trouvai l'enfant dans l'état précité : la région du larynx ne paraît pas douloureuse ; la peau est chaude et moite ; il n'y a rien dans l'arrière-bouche.

Prescription. — Cataplasmes très-chauds au cou et aux pieds ; infusion de fleurs de mauve, bue chaude et sucrée avec le sirop de capillaire, et une cuillerée du vomitif suivant toutes les dix minutes :

P.	Sulfate de cuivre.	10 centigrammes ;
	Sirop de fleurs d'oranger.	25 grammes ;
	Eau.	100 —

Ne donner le sein que le moins possible, et faire garder le lit à l'enfant.

Le vomitif produit quatre vomissements dont les deux premiers contiennent du lait caillé ; les deux derniers sont exclusivement formés de matières glaireuses.

Je revois la petite malade à dix heures, et ne trouve pas de mieux : je fais renouveler le vomitif ; l'enfant n'en prit que la moitié, qui produisit trois vomissements et une selle.

Le soir, la toux déterminée en appuyant sur le larynx présente encore le caractère croupal (chant de coq) ; la respiration est toujours sifflante et l'agitation extrême. Je fais administrer le reste du vomitif, qui produit quatre vomissements de matières muqueuses mêlées de parcelles membraniformes.

La nuit fut bonne, et le lendemain il n'y avait plus qu'un peu de rhume.

Obs. XVII. — Dans la nuit du 29 au 30 du même mois, l'enfant, que l'on avait sorti le 28, par un temps froid et humide, fut repris des mêmes symptômes. Le sulfate de cuivre administré une fois, et secondé par des boissons chaudes, le séjour au lit et la diète, firent disparaître tous les symptômes alarmants.

Pendant cette période de huit années, cinq autres cas de croup ont été soumis à mon observation ; mais ceux-là, arrivés à la troisième période de cette terrible maladie, ont tous succombé dans les vingt-quatre heures qui suivirent ma première visite. Chez eux, l'asphyxie était imminente, et la trachéotomie, qui en

eût peut-être sauvé, n'a pu être pratiquée, vu l'opposition des parents.

—Tels sont les résultats que je pense avoir obtenus par l'administration répétée, à des doses vomitives, du sulfate de cuivre; je les crois de nature à engager ceux de mes confrères qui ne sont pas satisfaits du traitement qu'ils emploient contre le croup à y avoir recours à la première occasion : pour moi, je m'applaudis tous les jours de l'avoir mis en usage.

En effet, avant de connaître l'action particulière du sulfate de cuivre dans le croup, je regardais tout enfant qui avait la voix, la toux et la respiratiou croupales, comme voué à une mort presque certaine; et maintenant, grâce à ce médicament, la mort me paraît ne devoir être que l'exception, lorsque nous aurons pu l'employer au début de la deuxième période de cette maladie.

---

4. *Note sur le traitement abortif du coryza aigu par l'emploi de la solution de nitrate d'argent;* par M. Teissier, médecin suppléant de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Bulletin général de Thérapeutique, juin 1845.)

La méthode substitutive tend de plus en plus à occuper une large place dans la thérapeutique. Aujourd'hui ce n'est plus seulement dans les inflammations chroniques qu'on emploie des substances dites irritantes, dans le but d'amener la résolution du mal; il est un certain nombre d'affections, regardées généralement comme franchement inflammatoires et aiguës, dans lesquelles on applique avec succès des excitants locaux, lesquels sembleraient au premier abord, d'après les principes de la médecine physiologique, devoir augmenter la gravité de la phlegmasie, et qui, au contraire, lui impriment une marche très-rapide vers la guérison. C'est ainsi que, d'après les conseils de M. Bretonneau, on n'hésite pas à pratiquer des insufflations d'alun dans les cas d'angine aiguë; c'est ainsi qu'avec la solution de nitrate d'argent on peut faire avorter l'uréthrite blennorrhagique (Debeney), l'ophthalmie, qu'on arrête souvent l'érysipèle en appliquant à son centre un emplâtre vésicatoire, etc.

Trop longtemps on n'a vu dans les inflammations aiguës que la congestion sanguine, sans songer que cette congestion n'est le plus souvent elle-même que l'effet d'un principe morbide qui la tient sous sa dépendance. Aussi, pour les combattre, que faisait-on ? On cherchait à diminuer l'afflux du sang par les émissions

sanguines, les applications émollientes, la diète, etc. ; là se bornait toute la thérapeutique. Mais il suffit de réfléchir un peu pour arriver à cette conclusion, que bien que les phlegmasies se ressemblent toutes par leurs phénomènes objectifs et subjectifs, à savoir la rougeur, le gonflement, la douleur et la chaleur, elles sont loin de se ressembler toutes par le principe qui les a causées, et que, partant, le traitement des inflammations doit moins consister dans l'emploi de moyens dirigés contre chacune des manifestations de la maladie, que dans celui de remèdes propres à détruire le germe lui-même du mal, quand on peut l'atteindre. J'appliquerai ces considérations à un sujet bien petit en apparence, que beaucoup de gens dédaigneront peut-être, parce que dans les hôpitaux il n'en est presque jamais question, mais que les praticiens qui font de la médecine en ville ne regarderont pas comme dénué de toute espèce d'importance : je veux parler du coryza aigu.

Le coryza aigu est une maladie peu grave sans doute, du moins chez les adultes ; car chez les enfants nouveau-nés, à cause de la petitesse des fosses nasales, elle peut s'accompagner de symptômes extrêmement dangereux. Bien que sans gravité dans le plus grand nombre des cas, cette affection ne laisse pas d'être très-pénible, d'abord parce qu'elle s'accompagne quelquefois de phénomènes très-fatigants, tels que violent mal de tête, perte de l'odorat, altération marquée du timbre de la voix, courbature générale, communication de la phlegmasie à la gorge et au larynx, de manière à passer à l'état d'angine ou de laryngite, qui peuvent être difficiles à dissiper. Ajoutez à cela que le coryza aigu peut devenir chronique, et qu'alors il constitue une affection sinon sérieuse, du moins toujours incommode, dont beaucoup de malades sont tourmentés, qui peut dégénérer elle-même en une espèce d'ozène. On s'habitue beaucoup trop à considérer le coryza aigu comme ne durant au plus que quinze jours. Il n'est pas rare de rencontrer des individus qui, toutes les fois qu'ils sont pris de cette affection, la conservent pendant un mois et plus encore, sans pouvoir s'en débarrasser.

C'est parce que je suis convaincu de ces choses, c'est parce que j'ai été tourmenté moi-même par des coryzas aigus qui se propageaient, au bout de quelques jours, aux replis aryténo-épiglottiques et aux cordes du larynx, de manière à m'occasionner une sensation on ne peut plus désagréable de chatouillement au gosier et un enrouement fort pénible, que je me suis appliqué à rechercher s'il n'y aurait pas des moyens propres à faire avorter à son début le coryza aigu, cette inflammation si superficielle

qui débute presque toujours par la partie inférieure des fosses nasales avant de gagner les sinus frontaux.

Je n'ai pas tardé à me convaincre d'abord qu'aucun des moyens conseillés dans les livres contre le coryza aigu n'avait une grande efficacité : ni les onctions avec le suif ou l'huile d'amandes douces sur le front et sur les sinus frontaux, ni les fumigations émollientes, ni les aspirations de lait chaud, ni les poudres de gomme ou de guimauve, ni l'abstinence des boissons du docteur Williams, etc.; aucun de ces moyens ne m'a paru pouvoir enrayer la marche du coryza aigu. Aussi, en présence de ressources aussi pauvres, les médecins se contentent-ils le plus souvent de prescrire aux malades de se préserver du froid et de garder la chambre, si le mal est intense. Mon opinion formelle est que les onctions avec un corps gras sur le nez sont insignifiantes (1), et que les fumigations sont plus souvent nuisibles qu'utiles : ces dernières augmentent la congestion et le gonflement de la membrane pituitaire.

Le traitement curatif du coryza ne consiste pas dans l'emploi de ces moyens, et pour le trouver il faut le chercher ailleurs que dans le cadre des substances dites adoucissantes et antiphlogistiques, et qu'on a l'habitude, à tort ou à raison, de considérer comme propres à diminuer l'afflux du sang et le gonflement, et à calmer la douleur. Le véritable traitement consiste, je le dis tout de suite, dans l'emploi de la solution de nitrate d'argent appliquée localement sur la muqueuse des fosses nasales, suivant la manière et les précautions que je vais indiquer dans un instant.

L'analogie et la considération de la nature du mal m'ont conduit à essayer l'emploi de cette solution. L'*analogie* d'abord : en effet, si le nitrate d'argent a pu être employé avec succès au début des uréthrites et même au début de certaines conjonctivites aiguës, on est bien en droit de penser qu'il réussira mieux encore ou du moins aussi bien dans le coryza, qui a pour siége une membrane moins délicate et moins irritable. La *considération de la nature du mal :* le coryza est une inflammation ;

(1) Il est cependant une manière d'employer les corps gras qui peut être utile : c'est de les introduire dans les fosses nasales au lieu de pratiquer seulement des onctions à l'extérieur du nez. Je me suis assuré plusieurs fois qu'en enduisant la surface des fosses nasales avec du suif, de l'axonge très-fraîche, ou mieux encore avec un mélange d'huile d'amandes douces et de laudanum, on diminuerait l'intensité du coryza aigu. Cet effet se conçoit très-bien : le corps gras met la muqueuse enflammée à l'abri de l'irritation continuelle causée par l'air extérieur. Je sais que quelques médecins ont l'habitude d'employer de cette façon les corps gras, et je crois qu'ils ont raison.

cela est vrai, et rien n'est plus incontestable, car il s'accompagne de douleurs souvent très-vives qui coexistent avec la tuméfaction et l'injection de la membrane pituitaire, et d'une sécrétion abondante de mucosités. Mais la phlegmasie est-elle toute dans le coryza? Non, sans doute. Derrière les phénomènes que je viens de citer se cache un stimulant qui, pour être invisible, n'en existe pas moins : c'est le *stimulus* particulier produit par l'air froid ou humide qui a occasionné le coryza. Ce stimulus est un germe morbide qui s'inocule dans la muqueuse olfactive, et c'est ce germe que, suivant moi, il faut détruire. Ce raisonnement pourra paraître singulier à quelques personnes, tant on est peu habitué à rechercher de nos jours la cause prochaine du mal, et tant on est disposé au contraire à ne tenir compte que des phénomènes. Mais il est facile de démontrer que les phlegmasies d'une même membrane sont loin d'être toutes semblables : pour ne pas sortir de notre sujet, n'est-il pas évident qu'une inflammation de la muqueuse nasale, produite par l'air extérieur, ou par le soleil de mars, n'est pas la même maladie que l'inflammation de cette membrane produite par un agent chimique irritant?

Voici quelques expériences bien simples qui le démontrent péremptoirement. J'ai plusieurs fois aspiré par les narines de l'eau tenant en dissolution du savon : à la suite de ces aspirations, j'éprouvais un sentiment de chaleur assez prononcé, accompagné de chatouillement ; ces phénomènes étaient bientôt suivis d'une sécrétion assez abondante de mucosité transparente. Cet ensemble de symptômes qui constituaient, on ne saurait le nier, une espèce de coryza aigu, durait environ une demi-heure ; après quoi il se dissipait complètement. Beaucoup de personnes reproduisent journellement et d'une manière involontaire cette expérience en se faisant la barbe, et peuvent se convaincre de la vérité de ce que je viens d'avancer. Plusieurs fois aussi j'ai aspiré de l'eau tenant en dissolution de l'alun, dans la proportion d'un gramme sur 100 grammes de liquide, et je me suis donné un coryza assez intense, caractérisé surtout par des éternuements fréquents, par une abondante sécrétion de mucosité presque aqueuse, par de l'enchifrènement et même de la céphalalgie. Ce coryza n'a jamais duré plus de deux ou trois heures ; après quoi il ne laissait plus aucune trace.

Enfin, toujours dans le but de connaître l'action de certains excitants locaux sur la membrane qui tapisse les fosses nasales, je me suis barbouillé, à plusieurs reprises différentes, la partie inférieure de cette membrane, dans l'étendue d'un demi-pouce, jusqu'au cornet inférieur, avec un bourdonnet de charpie trempée

dans une solution assez forte de nitrate d'argent (un demi-gramme de sel pour 30 grammes d'eau). Le premier effet a été un sentiment de sécheresse : au bout d'une demi-heure, la sécheresse se dissipe, et il survient alors une sécrétion de mucosité séreuse, mais beaucoup moins abondante que lorsqu'on se sert de la solution d'alun. Cette espèce de coryza n'a, comme les précédents, qu'une très-courte durée ; il m'a paru même moins long que le précédent et être moins incommode. Au bout d'une heure ou deux tout au plus, il n'en reste pas le moindre vestige.

Il n'est pas douteux pour moi que les coryzas qui sont produits par des substances irritantes appliquées directement sur la partie inférieure des fosses nasales ne se dissipent beaucoup plus rapidement que les coryzas qui sont occasionnés par l'impression de l'air froid et humide, ou par le soleil du printemps. Dans ces cas, je le répète, il y a un germe morbide tout spécial qui entretient la phlegmasie de la muqueuse olfactive, et c'est à lui qu'il faut s'attaquer pour enrayer la maladie.

Aussi je pense que pour faire avorter un coryza aigu ordinaire, ou du moins pour l'empêcher de se prolonger pendant un mois et plus, comme cela arrive si souvent, il faut le transformer en un coryza d'une autre espèce, celui, par exemple, qui est produit par des irritants locaux dont on connaît l'action sur les membranes muqueuses, comme l'alun et le nitrate d'argent. Je donne la préférence au nitrate d'argent, parce qu'il modifie d'une manière plus énergique la muqueuse affectée, qu'il forme une petite couche blanchâtre qui la protége contre l'action de l'air extérieur, enfin et surtout parce que l'expérience m'a prouvé qu'il réussissait mieux.

L'emploi d'une solution de nitrate d'argent pour faire avorter le coryza aigu me paraît donc être une nouvelle application très-rationnelle d'un remède qui prend tous les jours plus d'extension, et dont on retire à chaque instant d'excellents résultats dans les affections aiguës ou chroniques des muqueuses de l'urèthre, de l'œil, de la gorge, etc.

Il y a plus d'un an que je l'ai mis en usage pour la première fois avec un succès qui ne laissait rien à désirer ; mais avant de le publier, j'ai voulu l'avoir souvent appliqué. Comme on le pense bien, je n'ai pas eu de peine à trouver l'occasion de répéter mon expérience ; aussi pourrais-je citer aujourd'hui un nombre compacte de faits pour mettre en évidence l'excellence du moyen que je préconise. Mais comme vingt observations de coryza aigu à peu près semblables sous tous les points, et rangées les unes à la suite des autres, ne seraient que très-médiocre-

ment intéressantes pour le lecteur, je me bornerai à en citer quelques-unes qui m'ont paru offrir des caractères évidents d'intensité et de ténacité.

En tête, je demande la permission de placer ma propre observation. A la suite d'une *grippe* que je contractai en 1842, et qui me rendit très-malade, je conservai une disposition à être pris fréquemment de coryza aigu. Chaque hiver j'en prenais au moins deux ou trois qui chacun duraient quinze ou vingt jours, et s'accompagnaient de violents maux de tête, d'enchifrènement prononcé, d'un *nasonnement* fatigant de la voix, de courbature générale, etc.; et ce qu'il y avait de plus fâcheux, c'est que le coryza, après avoir occupé la partie inférieure et antérieure des fosses nasales, gagnait la partie postérieure, s'étendait de là à la gorge et au larynx, amenait de l'enrouement, ou même une extinction complète de voix, symptômes fort ennuyeux pour un médecin. Pendant deux ans, pour me débarrasser de ces coryzas malencontreux, j'essayai tous les moyens qui sont vantés dans les livres; ce fut en vain : toujours ils revenaient, et toujours ils avaient la même acuité. Les seules choses qui réussissaient à diminuer un peu l'intensité des symptômes, c'étaient les onctions d'huile d'amandes douces, non sur la face extérieure du nez, mais à l'intérieur, sur la muqueuse elle-même, et mieux encore les fumigations de vinaigre, moyen le plus injustement oublié de tous ceux qui ont été conseillés par les auteurs contre le coryza, mais qui cependant est loin d'avoir la même efficacité que les applications que je conseille dans cet article, bien qu'elles s'en rapprochent par leur mode d'action.

Je finis par comprendre que j'étais dans une fausse route, et que si je voulais faire avorter mes coryzas quand ils se manifesteraient, ce n'était pas aux substances adoucissantes qu'il fallait avoir recours, mais bien à quelque agent qui changeât la nature de l'irritation des fosses nasales dès son début. Je ne tardai pas à trouver l'occasion d'en avoir la preuve. Un nouveau coryza étant survenu, accompagné des symptômes les plus caractéristiques, je me barbouillai, dès les premiers moments de l'invasion, la partie intérieure des fosses nasales avec un bourdonnet de charpie trempé dans une solution de nitrate d'argent ainsi composée : nitrate d'argent, un demi-gramme; eau, 30 grammes. L'opération fut très-rapide : cinq ou six secondes, pas davantage, pour chaque narine.

Ce que j'avais espéré arriva : sous l'influence du nitrate d'argent, le coryza changea de nature, et il ne dura que quelques heures. Depuis cette époque, plus d'une année s'est écoulée :

plusieurs fois j'ai ressenti des atteintes de coryza; mais dès que les symptômes précurseurs se sont manifestés, je les ai arrêtés par le même moyen, et j'espère pouvoir me débarrasser ainsi de ces rhumes de cerveau fatigants qui me duraient deux ou trois semaines.

Deux de mes confrères de Lyon, très-connus des lecteurs de ce journal, se sont également débarrassés par le même moyen, que je leur fis connaître, de coryzas très-aigus et tenaces dont ils étaient souvent affectés. Ils ont été étonnés de la rapidité et de l'évidence avec lesquelles le résultat s'est manifesté toutes les fois qu'ils ont eu recours à cette expérience.

Il y a peu de jours qu'une demoiselle qui devait se marier le lendemain m'envoya chercher pour la guérir d'un violent coryza qui la fatiguait beaucoup, car il s'accompagnait d'une violente céphalalgie qui, suivant son expression, lui fendait le crâne. Elle craignait que ce coryza ne retardât de plusieurs jours les arrangements qui avaient été pris pour son mariage. Je lui touchai, le soir à cinq heures, la partie antérieure des fosses nasales avec un tampon trempé dans la solution ci-dessus formulée, et le lendemain matin, quand je retournai la voir, le coryza n'existait plus.

Enfin, je citerai un dernier cas qui me paraît très-concluant. Au mois de novembre dernier, un jeune homme revenait par une nuit très-froide, tête nue, parce qu'il n'avait pas pu retrouver son chapeau, d'un bal offert par la ville de Lyon à leurs A. R. le duc et la duchesse d'Aumale. Le lendemain, ce jeune homme avait un coryza tellement intense, qu'il ne pouvait presque plus ni parler ni souffler. Je le rencontrai dans cet état, et comme il me témoignait vivement son déplaisir, parce que les coryzas, chez lui, toutes les fois qu'il en prenait, duraient au moins quatre semaines, et comme il se moquait de la médecine, parce qu'elle ne pouvait pas seulement, disait-il, guérir un rhume de cerveau, je lui dis que je connaissais un moyen qui le débarrasserait probablement en moins de 12 heures. Il voulut alors que je l'employasse immédiatement. Je ne l'appliquai cependant que le soir à dix heures, et le lendemain matin, quand il se réveilla, il fut tout étonné de pouvoir parler, respirer facilement, et de n'avoir plus de coryza. Il vint chez moi en toute hâte pour me remercier et me faire part de sa joie.

Je ne pense pas qu'il soit utile de citer un plus grand nombre d'observations : celles qui précèdent doivent suffire pour démontrer l'efficacité du moyen.

Indications et contre-indications. Il ne faut pas appliquer ce

traitement à toute espèce de coryza. Si l'on veut qu'il réussisse, il faut l'employer surtout dans le coryza idiopathique et parfaitement localisé, et non dans les cas de coryza symptomatique qu'on observe tous les jours dans la rougeole, la variole, la scarlatine, la grippe, la fièvre catarrhale, etc. Il est inutile d'insister sur ce point, tant il est évident. Une fois, je l'ai appliqué sur un de mes collègues, chez lequel l'inflammation occupait non-seulement la membrane muqueuse du nez, mais encore celle de la gorge et des voies aériennes, et j'ai complètement échoué, ce qu'il était facile de prévoir.

Mais toutes les fois qu'on a affaire à un coryza franc, sans complication d'angine ou de bronchite, il faut avoir recours à la solution de nitrate d'argent, si l'on tient à obtenir une guérison prompte.

Autant que possible, le remède sera mis en usage au début du mal, parce qu'alors il est habituellement borné à la partie inférieure et antérieure des fosses nasales, et qu'il ne dépasse pas les sinus frontaux. Quand il a envahi les fosses nasales postérieures, le succès est plus difficile; mais alors on peut y aider en aspirant des vapeurs de vinaigre jeté sur des charbons ardents, ou sur une pelle rougie au feu. Ce procédé m'a très-bien réussi.

Règle générale, il vaut mieux appliquer le moyen que je propose le soir en se couchant, et dans son lit, qu'à toute autre heure de la journée, et cela pour plusieurs motifs : d'abord il est évident que si l'on s'expose à l'action de l'air extérieur immédiatement ou peu d'instants après avoir mis en contact la muqueuse nasale avec le nitrate d'argent, on risque d'annihiler complètement l'effet de cet agent. Ensuite, dans le décubitus dorsal, les mucosités nasales tombent dans le pharynx et ne viennent pas irriter les parties touchées par le nitrate d'argent, tandis que dans la position debout ou assise, l'écoulement d'une mucosité irritante continuant à se faire par-devant, l'action utile du remède peut être empêchée. Enfin, dans le décubitus dorsal, la solution de nitrate d'argent tend à s'étendre dans les fosses nasales, tandis que dans la position debout elle ne peut dépasser la partie antérieure.

Mode d'administration. Rien n'est plus simple que la manière d'appliquer le remède, comme on a déjà pu s'en convaincre par la lecture des observations que j'ai citées. Il suffit de prendre un petit tampon de charpie fine, de le tremper dans une solution contenant 25 à 50 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau, de l'exprimer un peu, afin que le liquide ne tombe pas sur les lèvres (ce qui aurait l'inconvénient de les

noircir), d'introduire ce bourdonnet ainsi mouillé et exprimé dans les fosses nasales, et de le promener pendant six ou huit secondes sur toute la partie antérieure et inférieure des fosses nasales.

Souvent une seule application suffit pour faire avorter le coryza ; mais quand on a affaire à un coryza intense et qui dure déjà depuis un certain nombre de jours, il peut être nécessaire de répéter l'application plusieurs jours de suite pour en obtenir un résultat complet.

On pourrait à la rigueur se servir du crayon de nitrate d'argent, mais je préfère le tampon imbibé d'une solution de ce sel, d'abord parce que le crayon, étant plus actif, détermine un sentiment de cuisson et de chatouillement assez vif, et que d'ailleurs le bourdonnet, remplissant la narine, se moule du premier coup sur toute la surface avec laquelle on veut mettre le remède en contact.

Objections. Le traitement que je propose, quelque simple qu'il soit, peut soulever deux objections auxquelles je tiens à répondre tout de suite. On peut me dire d'abord que le coryza étant une maladie qui souvent ne dure que douze ou vingt-quatre heures, il est inutile de faire aucun traitement actif, d'autant mieux qu'il doit être le plus souvent impossible de savoir si la disparition du coryza tient au remède ou à la marche naturelle du mal. A cela je répondrai : 1° que les personnes qui sont disposées à contracter des coryzas savent très-bien ordinairement quelle est leur durée habituelle, s'ils disparaissent d'eux-mêmes au bout de vingt-quatre heures, ou s'ils se prolongent pendant huit, quinze et même vingt jours ; 2° que tout naturellement il ne faut pas appliquer le nitrate d'argent aux coryzas qui rentrent dans la première catégorie, mais qu'il faut le réserver à ceux de la seconde, qui sont loin d'être rares. On m'objectera sans doute aussi que puisque le nitrate d'argent à une dose très-faible produit d'assez vives douleurs quand on le met en contact avec la muqueuse de l'urèthre ou celle de l'œil, il doit également en produire quand on le met en contact avec la muqueuse du nez. Cette objection, qui probablement empêchera plus d'un médecin d'essayer le moyen que je conseille, parce qu'on ne se décide pas facilement, et avec raison, à employer des remèdes douloureux, ou même seulement désagréables, contre une indisposition aussi peu grave que le coryza; cette objection, dis-je, n'a pas le moindre fondement. Je puis affirmer qu'un bourdonnet de charpie trempé dans la solution de 28 grammes de nitrate d'argent et de 30 grammes d'eau, et introduit dans les fosses nasales, n'occasionne

aucune douleur, pourvu qu'on ne s'approche pas trop des sinus frontaux. On peut donc l'employer sans aucune espèce d'inquiétude.

M. Cazenave, de Bordeaux, dans un excellent travail publié en 1835, avait déjà proposé l'emploi du nitrate d'argent contre le coryza chronique : beaucoup de praticiens, après lui, se sont servis de ce moyen et en ont retiré d'excellents résultats ; mais je ne pense pas que personne ait jusqu'à ce jour proposé la solution de nitrate d'argent contre le coryza aigu comme méthode abortive. J'insiste sur cette circonstance, afin que le lecteur comprenne bien que le but que nous avons cherché à atteindre, M. Cazenave et moi, diffère essentiellement ; que, dans la note que je publie aujourd'hui, il s'agit du traitement abortif du *coryza aigu*, tandis que dans le mémoire de notre habile confrère de Bordeaux, il s'agit du *coryza chronique* et de l'*ozène non vénérien*.

---

5. *Leçons sur les névroses;* par M. Puccinotti, professeur de clinique médicale à la Faculté de Pise.

(Suite : voir t. 154, juin 1845, p. 12.)

(Annales médico-psychologiques, juillet 1845.)

TROISIÈME LEÇON. — *De la chorée. — Démonstration de l'identité entre la chorée sporadique et la chorée épidémique. — Interprétation des symptômes principaux de la chorée.*

Parmi les phénomènes que nous avons eu l'occasion de remarquer chez cette malheureuse Burgassi, nous devons dire qu'elle bégayait, et que les mots qu'elle prononçait étaient tronqués au commencement comme à la fin du paroxysme, et que, dans le plus fort de l'accès, le bout de sa langue était appliqué presque immobile à la voûte du palais. Crawfort a observé que, dans certains cas, la langue était portée en dehors de la bouche. Nous-même, chez la fille d'un nommé Celotti, d'Urbin, enfant de neuf à dix ans, outre un mouvement continuel et bizarre des bras qui imitait celui des femmes qui filent la quenouille, nous avons remarqué un mouvement analogue de la langue, qui produisait ce bruit par lequel les cochers excitent les chevaux à la course. — Les mouvements de cet organe peuvent subir, eux aussi, en dépit des idées et de la volonté, des modifications qui dénaturent complètement l'ordre des mots et des syllabes : nous en avons un exemple dans le cas remarquable qui est rapporté par Chrichton dans le 31e vol. du *Journal médical d'Édimbourg*. Chez une jeune fille

de quinze ans, atteinte de chorée, le mot était commencé par la dernière syllabe, et quelquefois le discours par le dernier mot; et comme, par ces inversions, il lui était impossible de se faire comprendre, elle se mettait en colère et écrivait; mais en écrivant, il s'effectuait, à son insu, la même inversion de lettres, de syllabes et de mots : ajoutez à cela qu'elle traçait toujours les lignes de droite à gauche.

A ces observations sur les phénomènes les plus remarquables de l'hémichorée susdiaphragmatique j'ajouterai ces phénomènes de chorée que nous voyons souvent chez les *aveugles*, et qui constituent une espèce de *chorée habituelle*, une espèce de mimique caractéristique chez ces malheureux, à laquelle, à ma connaissance, aucun de ceux qui ont écrit sur cette maladie n'a encore fait attention. D'abord je ferai remarquer que les aveugles ont généralement pour la musique un entraînement presque enthousiaste, ce qui fait qu'ils parviennent facilement à jouer de divers instruments; mais ils donnent la préférence aux instruments à cordes, sur lesquels les doigts et les bras peuvent se livrer à l'impulsion qui les meut. Ceux qui ne jouent pas demandent l'aumône en produisant des chants pleins d'harmonie. J'ai remarqué aussi que l'hémichorée est plus rare chez ceux qui jouent de quelque instrument que chez d'autres qui n'ont pas ce moyen de dépenser la force qui les agite. Chez ces derniers, le mouvement le plus fréquent consiste à branler la tête, en la tenant quelque peu inclinée en arrière; quelques-uns y joignent le mouvement du tronc de droite à gauche; d'autres font glisser leurs mains sur leurs cuisses, et les font tourner tout autour de la rotule en agitant les doigts comme s'ils jouaient de quelque instrument. Modena, ce mime célèbre, grand observateur de la nature, imitait à merveille ces mouvements, lorsque, sur le théâtre de Pise, il jouait le rôle de l'*Aveugle de Clermont*. Ces mouvements ne sont pas passagers : chez les aveugles, cela dure des heures et des journées entières. Le jeune aveugle que j'ai vu continuellement pendant trois années sur le pont de la Sainte-Trinité, à Florence, assis à terre et demandant l'aumône, avait un mouvement non interrompu du tronc d'avant en arrière, et tandis que l'un de ses bras était tendu, ses mains restaient pendantes comme le battant d'une cloche : lorsqu'il était debout, sa marche était sautillante ou chancelante, comme s'il eût été ivre. Nous verrons plus loin comment ce phénomène de la *chorée des aveugles*, auquel on n'a jusqu'ici attaché aucune valeur, se trouve maintenant confirmé et expliqué par les expériences de la névrologie moderne.

Dans la chorée sporadique, où la tension nerveuse est plus

grande aux extrémités inférieures, on a observé des phénomènes semblables à ceux de la chorée épidémique, mais qui sont encore plus intenses et plus extraordinaires : on a remarqué non-seulement cette démarche particulière que Sydenham compare à celle des idiots (*fatuorum more*), mais on a vu aussi des choréiques marcher par sauts et par bonds avec une agilité et une durée étonnantes. On a également observé les mouvements en avant et en arrière. L'exemple rapporté par M. Piédagnel d'un homme qui était poussé par une force irrésistible à marcher en avant jusqu'à ce que ses forces fussent épuisées, est un cas de la variété de chorée dite *procursive*, qu'on a vue également chez quelques dansomanes du moyen âge. L'exemple opposé, communiqué par le docteur Laurent, de Versailles, à l'Académie de médecine de Paris, d'une jeune femme qui, dans ses attaques de chorée, se sentait poussée violemment en arrière, n'est peut-être pas aussi rare que cela peut paraître au premier abord, si, comme je le pense, il est probable que la tendance de plusieurs choréiques à se rouler sur le sol est une conséquence d'un mouvement d'entraînement en arrière qui les force à se jeter à terre. Chez un enfant de onze ans, hébété et muet, affecté de chorée, qui me fut présenté l'année dernière à la villa Roncioni, j'ai remarqué qu'avant de se laisser tomber par terre, il faisait quelques pas en arrière, puis, arrivé près du mur de la chambre, se jetait sur le carreau et se tordait comme un serpent.

Ainsi donc, les différentes formes de la chorée sporadique, étudiées au point de vue des mouvements variés qu'elles présentent, offrent les types les plus divers : les chorées *latérales*, les *rotatoires*, les *procursives* en avant et en arrière, auxquelles il faudra joindre celles dans lesquelles les malades marchent en rampant.

La première conséquence de la série de symptômes que nous venons d'exposer est l'identité qui existe entre la chorée épidémique et la chorée sporadique. Dans la *chorée des aveugles*, nous avons vu le lien entre les altérations de l'organe de la vue et celles des centres nerveux de la motilité. En lisant l'histoire de quelques-unes des chorées sporadiques rapportées par Armstrong, Kinder Wood et Robert Watt, nous voyons l'enthousiasme des malades pour la musique et son efficacité sur cette affection. La malade de Watt « était saisie d'une propension à « tournoyer vivement sur ses pieds, toujours dans la même direc- « tion, et elle jouissait lorsque les assistants l'aidaient à aug- « menter la rapidité de ses mouvements. »

Dans la chorée sporadique, on peut dire qu'on n'observe que

bien rarement ces phénomènes aphrodisiaques et de tympanite qu'on remarquait dans l'épidémie du moyen âge. Pour ce qui concerne le premier de ces phénomènes, les praticiens ont constaté que la maladie débutait souvent à l'époque de la puberté, et il n'est pas rare de rencontrer dans les hôpitaux des cas de chorée lascive avec tendance à l'onanisme ou à la masturbation. Dans la chorée sporadique, il y a souvent des phénomènes d'altération ganglionnaire au bas-ventre. M. Andral, en parlant des souffrances des malades affectés de chorée sporadique, dit : *Ils ont ordinairement de la tympanite* (1). Un cas de chorée, décrit par Robert Watt, se termina par une diarrhée spontanée; un autre eut pour symptômes précurseurs la tympanite flottante accompagnée de fréquents efforts de vomissement. Enfin, on a remarqué, même dans la chorée sporadique, comme phénomènes de complication, l'hystérie, l'épilepsie, l'hydrophobie et la manie. Rien ne prouve mieux ce que nous venons d'avancer au sujet de l'identité de ces deux maladies, que de voir non-seulement se répéter et se présenter, chez chaque individu en particulier, l'un et l'autre de ces symptômes, en même temps que le *ballisme* qui accompagnait la chorée du moyen âge , mais aussi de voir, dans quelques cas de chorée sporadique, se réunir chez un seul individu, pendant la durée de la maladie, tous ces symptômes à la fois et à leur summum d'intensité, comme on peut s'en convaincre en lisant l'observation de Crichton, que nous avons citée plus haut.

Qu'est-ce donc que la chorée qu'on appelle *ordinaire*, *commune*, que Crawford, M. Monneret et autres pensent être tout à fait distincte de la chorée du moyen âge et des autres chorées qui ont été décrites par Watt, Chrichton, Wood et Armstrong? Rien autre chose qu'une chorée qu'ils voudraient réduire à une telle simplicité qu'on ne saurait plus la distinguer de la *paralysis agitans*; qu'une chorée presque *élémentaire* à laquelle il faut bien autre chose que quelques signes d'excentricité morbide pour produire tous les symptômes qu'on a remarqués dans la dansomanie de Saint-Jean ou de Saint-Guy, et dans le tarentisme de l'Italie.

Voyons maintenant si notre proposition est juste. Les tubercules quadrijumeaux des mammifères et les lobes optiques des oiseaux, des reptiles et des poissons, appartiennent à l'appareil central de la vision, ainsi que les couches optiques des animaux supérieurs. Les expériences de M. Flourens, confirmées par

(1) Andral, *Cours de Pathol. interne*. p. 392.

Herlwig, prouvent que la lésion des tubercules quadrijumeaux produit sur la vision les mêmes effets que celle des nerfs optiques, et que, outre la modification apportée dans l'organe de la vue, elle produit toujours chez l'animal un tournoiement vertigineux. Ces faits peuvent servir à expliquer les aberrations de la vue observées dans la dansomanie du moyen âge, dans laquelle les troubles de l'innervation se prolongeaient de la moelle allongée et des tubercules quadrijumeaux aux nerfs optiques, en y excitant des aversions et des sympathies extraordinaires pour les différentes couleurs. Et si l'aberration de la faculté visuelle y est un effet, elle peut, à son tour, être regardée comme la cause organique permanente dans la chorée des aveugles; c'est-à-dire que l'état pathologique des nerfs optiques, passant aux tubercules quadrijumeaux, y excite les mouvements de la chorée que nous avons appelée *habituelle*.

La propagation des troubles de l'innervation aux hémisphères cérébraux et à leurs parties profondes associe à la chorée l'état de manie et de monomanie. Cependant la perversion nerveuse peut s'étendre du plan médullaire du quatrième ventricule, non-seulement en avant, mais aussi latéralement et en arrière. De même, la propension aux sons musicaux, ou la production des sons subjectifs dans l'organe de l'ouïe, sont peut-être des effets analogues d'une modification spéciale que la branche acoustique de la septième paire subit dans cette maladie. Si l'on considère en effet que la volonté conserve quelque pouvoir sur l'action musculaire dans la chorée, assez au moins pour imprimer un ordre aux mouvements en y déterminant la mesure des cadences musicales, on pourrait considérer cette admirable tendance comme une sorte d'action spontanée et remarquable de la nature médicatrice, car celui qui est doué d'une ouïe harmonieuse connaît seul la violence qu'il faut se faire pour ne pas obéir aux mesures des temps musicaux, pour ne pas être choqué des dissonances.

L'influence morbide, se propageant derrière le cervelet, non-seulement trouble l'action motrice, mais produit encore très-probablement, dans certaines circonstances et chez certains individus, l'excitation aphrodisiaque : peut-être, aussi, doit-on envisager la propension aux sons et à la danse, et l'énergie de l'appétit vénérien, comme autant d'éléments d'une seule tendance qui prend son développement dans la maladie.

Les phénomènes ganglionnaires sont également des effets de propagation. Nous avons vu la perversion de la motilité descendre sur les nerfs moteurs de la langue; de ceux-ci et des portions

dures et molles de la septième paire, elle peut s'étendre au système ganglionnaire, soit que la tympanite de la chorée du moyen âge fût une espèce de métastase nerveuse, ou que l'altération commençât par le système ganglionnaire, et de là montât aux centres encéphaliques par les cordons antérieurs.

L'interprétation des symptômes conduit à la connaissance des lésions organiques qui les produisent ; et lorsque cette connaissance est acquise, d'un côté, par les expériences physiologiques, et, de l'autre, par les types différents que présente une épidémie , elle possède tous les degrés de certitude auxquels on peut parvenir dans notre science.

Voyons les phénomènes de la chorée ordinaire, ou bien le type le plus simple de cette affection , depuis la scélotyrbe galénique limitée aux mouvements désordonnés des extrémités inférieures, et la chorée de Sydenham, qui joint à ces mouvements les gesticulations bizarres. Ici, intégrité de la conscience, point d'altération dans la vision, point d'excitation sensuelle. Les phénomènes peuvent donc être réduits au trouble de l'action ganglionnaire propagée aux cordons antérieurs de la moelle, et de cet endroit aux corps striés, ou aux pédoncules du cervelet, si les mouvements sont antérieurs ou postérieurs, et aux autres parties de ce centre moteur, s'ils sont latéraux ou rotatoires.

Ajoutons à cette forme simple et primitive l'excitation aphrodisiaque, comme dans la chorée lascive de Paracelse ; alors les symptômes auront leur siége dans la perversion de l'action du cervelet.

En examinant le type de la chorée *imaginaire* ou de la dansomanie proprement dite, nous saurons également à quels siéges anatomiques nous devrons rapporter les modifications du sens de l'ouïe et de la vue, ainsi que les désordres intellectuels et moraux.

Enfin, dans le cas d'une chorée sporadique dans laquelle on trouvera réunies deux de ces formes, ou même toutes les trois ensemble, on pourra également en rapporter les symptômes à leurs siéges anatomiques, comme dans chaque forme considérée isolément.

Ainsi donc, le diagnostic, qui se montrait empirique dans l'épidémie du moyen âge, est à nos yeux facile à interpréter dans l'état actuel de la science. C'est une preuve bien évidente que les périodes d'analyse progressive, dans l'étude des phénomènes d'une maladie quelconque, peuvent être pareillement des périodes d'égarement pour la raison scientifique, si cette dernière néglige de porter à propos un regard rétrospectif sur la synthèse empirique d'où émanèrent les premières observations. Il

importe de chercher dans l'analyse même le guide qui peut la conduire à la synthèse inductive, laquelle n'est vraie et fructueuse que lorsqu'elle est garantie par ces observations premières puisées dans la nature. Aucune loi n'est durable dans notre science, si elle n'est pas circonscrite dans cette sorte de cercle rationnel.

QUATRIÈME LEÇON. — *Des causes de la chorée sporadique. — Trois sortes de causes produisirent la chorée épidémique. — Examen des causes et division étiologique de la chorée. — En quoi consiste la chorée.—Autres névroses avec lesquelles on peut la confondre.*

Le diagnostic de la chorée doit comprendre aussi l'action combinée des causes principales auxquelles on l'attribue : c'est-à-dire que ces causes doivent se ranger dans un nombre de catégories aussi considérables que les symptômes étudiés ci-dessus ; et en outre, elles doivent fournir les éléments qui peuvent conduire à la connaissance de la nature même de la maladie.

La prédisposition héréditaire à la chorée, qui a déjà été remarquée par Derharding , qui la vit passer dans deux familles, des frères aux sœurs, est admise également par P. et J. Frank. Delperrier et Dorfmuller en rapportent aussi quelques cas. Parmi les modernes, elle a été observée par MM. Eliotson, Coste, Young et Constant.

S'il y a une époque de la vie que l'on puisse regarder comme prédisposant à la chorée, c'est, de l'avis commun des praticiens, depuis l'âge de dix ans jusqu'à la puberté. Cela se voit surtout dans la chorée sporadique, malgré les exceptions citées par MM. Dufossé, Andral et autres ; mais dans la chorée épidémique, rien ne prouve qu'elle fut plus fréquente à un âge plutôt qu'à un autre, quoiqu'il ne soit point fait mention de chorée observée alors dans l'enfance ou dans la vieillesse.

Les auteurs s'accordent également à dire que la chorée est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Sur 189 cas de chorée observés par Rufz, pendant l'espace de dix ans, à l'hôpital des Enfants, il en compte 138 chez de petites filles. Dufossé, sur 279 cas de chorée, n'a trouvé que 39 individus du sexe masculin.

Les climats extrêmes ne donnent que très-rarement des exemples de chorée. On ne l'a jamais remarquée ni à la Guadeloupe, ni aux Antilles, ni dans les contrées de la zone torride. Il en est de même de la zone opposée. Dans l'espace de quatorze ans que Joseph Frank occupa la chaire de clinique à Wilna, il

ne la vit que 9 fois. Elle se montre de préférence dans les climats tempérés, et, dans ceux-ci, elle est plus fréquente dans les régions plus chaudes et dans les saisons où la température est plus élevée.

J. et P. Frank ont observé aussi, plusieurs fois, comme causes prédisposantes, un tempérament mou, délicat et nerveux, une éducation intellectuelle forcée et précoce, et une constitution rachitique et scrofuleuse.

Parmi les causes occasionnelles les plus fréquentes de la chorée, tout le monde cite la *terreur*, la peur. *Qui in clinico decubuerunt ex hac causa plerique laborarunt*, a dit P. Frank. Le docteur Reeves prétend que, dans la plupart des cas, la maladie est attribuée à cette cause par les parents. Bedingfield a remarqué que, sur plus de quarante choréiques reçus à l'hôpital de Bristol, la plupart étaient tombés malades à la suite d'une frayeur. Dufossé parle dans le même sens; et si l'on a vu la chorée succéder presque immédiatement à la terreur qui frappait à l'improviste des enfants dont la santé était antérieurement excellente, on doit regarder comme de peu de valeur l'opinion de M. Guersant, qui tend à exclure cette cause, en soutenant que si les enfants sont effrayés, c'est qu'ils sont déjà prédisposés à la chorée. Les influences morales doivent être comptées, sans aucun doute, parmi les premières causes occasionnelles de cette névrose, quand même on ne voudrait pas accorder à Hecker que la dansomanie du moyen âge devenait épidémique par sympathie, par imitation sensoriale et par une espèce de contagion nerveuse. Quant à moi, je pense que, lorsque l'état des esprits de cette époque, les superstitions, l'enthousiasme religieux, les fréquentes processions, les pénitences, les pèlerinages, les prédications effrayantes avaient déjà développé chez la multitude comme une prédisposition morbide, la maladie pouvait devenir épidémique, même sans supposer le concours d'une contagion nerveuse. De plus, je crois que cette épidémie ne doit pas être considérée comme toute physique, puisqu'on sait qu'un grand nombre de causes *psychiques* contribuèrent également à la produire. Hecker a fait la remarque que, peu de temps avant que la maladie se déclarât dans l'Allemagne occidentale et méridionale, il y régnait une extrême misère. Toutes les contrées de l'Europe furent ravagées, au moyen âge, par de terribles épidémies qui se succédaient l'une à l'autre avec tant de rapidité qu'elles laissaient à peine un peu de repos aux peuples exténués. Depuis 1119 jusqu'en 1340, l'Italie fut désolée seize fois par la peste orientale ; la lèpre, cette horrible maladie, venue à la suite des Croisades, avait répandu

de tous côtés ses affreux ravages. Toutes ces calamités acquirent une force incroyable au moment de la peste noire, qui plongea toute l'Italie dans la plus grande désolation ; et c'est à peine si l'on était délivré de ce terrible fléau que l'on vit paraître la dansomanie. Cette épidémie fut donc évidemment produite par trois séries de causes, dont une seule pouvait être regardée comme physique. La terreur, le remords, l'enthousiasme religieux, et une tendance à l'expansion dans des cœurs trop longtemps comprimés, chez qui il existait encore un reste de fierté et de vigueur romaines, étaient des causes universelles et qui n'avaient pas besoin de se répandre par imitation. Cette triple série de causes est en rapport avec le triple siége et avec les diverses formes sous lesquelles se manifesta l'épidémie ; car la faim, une nourriture insuffisante et malsaine, ont dû engendrer, chez la populace, des dispositions morbides dans le système ganglionnaire. Quant à la forme lascive que prenait la maladie chez bon nombre d'individus, elle a dû probablement dépendre en grande partie de la contagion lépreuse, qui s'était répandue partout, à laquelle se joignaient si souvent des phénomènes aphrodisiaques, que quelques auteurs ont pensé que la syphilis pouvait bien lui devoir son origine ; enfin les causes psychiques, constituées par l'exaltation, le trouble et la consternation des esprits, avaient provoqué la forme maniaque. En outre, pour les épidémies qui n'ont plus le caractère contagieux et qui succèdent aux grandes contagions, telles que la dansomanie, qui vint après la peste noire, au lieu de ne les considérer que comme des effets d'une prédisposition psychique qu'a laissée dans les esprits la terreur répandue par la contagion, ne pourrait-on pas se demander si elles ne sont pas dues à quelques restes de principes matériels ei délétères, toujours en suspension dans l'atmosphère, et susceptibles de porter spécialement leur action sur le système nerveux ? Il serait très-nécessaire d'étudier, avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, ces constitutions épidémiques qui suivent de près les contagions, afin de s'assurer si le doute que je viens d'émettre peut acquérir quelque probabilité.

La chorée sporadique a été, dans quelques cas, attribuée, par J. Frank, Thilejio et Plouchet, à la suppression de la transpiration, et surtout de celle des extrémités.

D'autres l'ont vue succéder à la pléthore, aux congestions métastatiques, causées par la suppression d'un flux habituel, et à l'état inflammatoire du sang ; ce qui la fit prendre, par Peltz, pour une arachnitis, et, par d'autres, pour une gastrite ou une entérite.

M. Andral fait mention de cas de chorée produits par des pertes abondantes de sang, ou par l'état anémique.

Suivant Bouteille et Frank, elle aurait succédé, parfois aussi, à des altérations causées par des vapeurs mercurielles ou saturnines, par des répercussions de diverses maladies cutanées.

Les miasmes des marais auraient produit également une fièvre intermittente choréique.

Parmi les causes mécaniques, l'existence des vers intestinaux, suivant quelques auteurs, aurait joué un très-grand rôle. Aujourd'hui, MM. Blache, Guersant et Dufossé soutiennent, contre le témoignage de Stahl, de Gaubius et de Bouteille, qu'on n'a jamais guéri la chorée par les anthelmintiques. Singulier raisonnement ! Personne n'a dit que toutes les chorées fussent dues à la présence des vers; et si ces modernes n'ont jamais guéri leurs choréiques par l'expulsion des vers, cela ne prouve nullement qu'on doive réputer fausses les observations des anciens, et que les vers intestinaux ne soient quelquefois la cause de cette maladie.

Enfin, les praticiens comptent aussi au nombre des causes mécaniques les coups, les blessures reçues sur la tête, à la région cervicale, les chutes et toute sorte de lésions faites par des instruments, les tumeurs, les épanchements dans la cavité du crâne, le long de l'axe vertébral, et les lésions du système ganglionnaire thoracique et abdominal.

Maintenant, en réunissant ces causes perturbatrices des fonctions des centres nerveux, nous dirons qu'en admettant une prédisposition acquise ou héréditaire, en supposant un âge peu éloigné de la puberté, la région chaude d'un climat tempéré; parmi les émotions, la peur et la terreur, et parmi les habitudes, l'excès de sommeil ou de veille, l'onanisme ou la masturbation, et une imagination exaltée par la superstition ou par l'enthousiasme, nous aurons cette série de causes capables de produire la chorée idiopathique, essentielle, qui aura différents siéges, c'est-à-dire qui sera encéphalique, cérébello-rachidienne ou ganglionnaire, suivant les dispositions individuelles.

Cependant nous avons vu que la chorée peut être aussi produite par d'autres causes; mais pour qu'elles déterminent de préférence les phénomènes de chorée qui leur sont propres, il est nécessaire qu'il y ait prédisposition. Et telle est la différence entre ces dernières causes et celles qui agissent d'une manière plus directe sur les trois ordres de symptômes, que celles-ci sont en même temps prédisposantes et occasionnelles, tandis que les autres ne peuvent être qu'occasionnelles, et ne sauraient pro-

duire une névrose sans la préexistence d'une prédisposition. Dans ce dernier cas, la névrose est secondaire ou symptomatique, ainsi que nous l'avons dit ailleurs. Nous aurons, parmi ces dernières, la chorée *rhumatismale*, *phlogistique*, *anémique*, on *hypotrophique*, *septique*, *miasmatique* ou *spécifique*. Ensuite, ne pouvant pas refuser notre assentiment aux observateurs qui, parmi les causes prédisposantes, ont admis la présence des vers, il nous faudra aussi admettre la chorée *vermineuse*. Enfin, nous appellerons *mécaniques* les chorées qui reconnaissent une cause organique permanente, constituée par des végétations anormales, des tumeurs, des épanchements, des exostoses, etc.

Après avoir distingué les différentes espèces de chorée, montré la différence qui existe entre la chorée idiopathique et la chorée symptomatique; après avoir dit pourquoi on doit les regarder l'une et l'autre comme étant tantôt ganglionnaires, tantôt spinales, et tantôt encéphaliques, pouvons-nous parvenir à connaître en quoi consiste la nature essentielle de la chorée? Peut-on concevoir le mode particulier de perversion fonctionnelle des centres moteurs qui produit le désordre des mouvements volontaires? Est-il donné à la nature seule de la faire disparaître? Les terminaisons spontanées de la chorée et les phénomènes qui les accompagnent peuvent-ils nous mettre sur la voie des moyens d'obtenir artificiellement la guérison de cette maladie et d'en prévenir le développement? Si cela était, nous aurions à regretter l'ignorance où nous sommes de la cause prochaine de cette maladie. Ces terminaisons, autant que les différents modes de traitement employés avec succès, pourront du moins nous apprendre que la nature de cette affection ne peut être regardée comme de l'anémie ou de la pléthore, et moins encore de l'inflammation. Mais si nous ne pouvons compléter l'histoire de la chorée par la connaissance de sa nature essentielle, nous sommes parvenu au moins à l'isoler de ses complications, et à la trouver telle, dans sa manière d'être spéciale, qu'on ne peut la confondre avec les autres maladies qui ne sont pas essentiellement nerveuses, et que, parmi les maladies nerveuses elles-mêmes, elle affecte une telle différence de siége et de manière d'être qu'elle est encore facile à distinguer. Cette forme si spéciale consiste en un spasme des muscles moteurs, spasme partiel non accompagné de douleurs. La direction centrifuge des courants du fluide ou éther nerveux se trouve donc partiellement pervertie; et si les révulsions, les violentes actions réflexes de la moelle épinière sont l'expression du moyen par lequel ce spasme se dissipe, on peut supposer qu'on en doit

attribuer la cause à une fluxion de ce même fluide survenue au moment où la cause excitante (la terreur) plaça le système nerveux en deux conditions opposées très-violentes, savoir : la contraction, et la résolution instinctive.

Si tout le monde avait bien compris cette spécialité de forme, nous ne verrions pas des auteurs très-distingués confondre la chorée avec la *paralysis agitans*, le *delirium tremens*, la *beriberi judonica*, et même avec le *raphania*. Il ne sera pas inutile de dire quelques mots de ces différences, afin que nous évitions de confondre ces maladies avec la chorée.

Quoique la *paralysis agitans*, décrite par Parkinson, ait de commun avec la chorée ce symptôme pathognomonique, à savoir, que le malade se sent poussé à marcher en avant, presque à courir, comme cela a été remarqué par quelques médecins dans la chorée procursive, il existe cependant deux signes qui peuvent distinguer ces affections l'une de l'autre. La *paralysis agitans* est une maladie permanente dans laquelle les soubresauts des membres continuent, même pendant le sommeil, avec une telle force que *la chambre elle-même en est ébranlée ;* elle va toujours en augmentant jusqu'à ce qu'il y ait paralysie complète du rectum et de la vessie. La volonté exerce, dans la chorée, quelque pouvoir sur les mouvements musculaires ; ce qui n'a pas lieu dans la première maladie.

Le *delirium tremens*, le *tremblement saturnin* ou *mercuriel*, offrent parfois quelque ressemblance avec certaines formes de chorée ; mais la connaissance des causes spéciales de ces tremblements suffira à elle seule pour distinguer ces maladies l'une de l'autre. En outre, dans ces tremblements, le soubresaut musculaire est sujet à cesser dès l'instant qu'on tient suspendu le membre tremblant ; ce qui n'arrive pas dans les paroxysmes de la chorée. D'ailleurs, quand même il s'agirait de quelque chorée avec lésion intellectuelle, les mouvements qui accompagnent le *delirium tremens* et ceux qui se montrent dans la chorée délirante n'ont pas entre eux la moindre ressemblance.

Dans l'état actuel de la science, nous savons peu de chose sur la *beriberi judonica*. Les Anglais distinguent la maladie appelée *barbiers* de la *beriberi*. Cependant ils s'accordent tous à assigner pour caractère pathologique constant au *barbiers* une arthrodynie chronique jointe à la paralysie du mouvement des extrémités inférieures, et à considérer comme caractère général de la *beriberi*, outre la stupeur et l'engourdissement des extrémités, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire. Si donc, d'après les observations de Bostok, de Scott, de Christie, de Marshall et de Rogers, ce

sont là les caractères de ces deux affections, il me semble qu'il nous sera facile, en nous rapportant à eux, de connaître en quoi elles diffèrent de la chorée.

Il est vraiment étonnant qu'on ait pu trouver de l'analogie entre l'*ergotisme* ou le *raphania* et la chorée de Saint-Guy ; et ce qui nous étonne davantage, c'est de savoir que cette erreur a été commise par Sprengel, Stork, et par J. et P. Frank. Nous sommes redevables aux recherches historiques de Hecker de nous avoir démontré que la chorée épidémique du moyen âge avait une raison d'être suffisante dans la situation morale et politique de ces temps-là, sans supposer, *à priori*, l'existence d'une cause physique, comme par exemple l'ergot du blé. Mais, sans cela, la différence dans les symptômes, dans la marche et dans les terminaisons de la maladie est telle, qu'on ne peut les confondre l'une avec l'autre sans tomber dans une erreur évidente. Il n'y a pas d'exemple que le raphania ait jamais existé d'une manière chronique et qu'il se soit renouvelé peu de temps après sa disparition, sans que l'on ait vu réparaître la même cause : la nourriture malsaine qui l'a produit la première fois. Les contractions douloureuses et la paralysie complète des extrémités n'existent, dans la chorée, que dans quelques cas exceptionnels. La gangrène de ces mêmes extrémités, qui est un symptôme presque pathognomonique du raphania, n'a jamais lieu dans la chorée. C'est donc par ignorance des véritables causes et du vrai caractère de la dansomanie épidémique, que quelques auteurs ont été portés à la regarder comme un raphania. C'est également pour n'avoir point connu l'histoire véritable et le caractère du tarentisme, que d'autres ont cru devoir considérer cette maladie comme différente de la chorée de St-Guy. Il sera donc nécessaire, par suite des études plus approfondies, plus philosophiques que l'on fait de nos jours sur les causes des maladies épidémiques et leurs caractères, de modifier complètement les opinions émises sur ces questions, et de regarder comme essentiellement différent de la chorée le raphania épidémique, et de considérer le tarentisme comme identique à la chorée épidémique elle-même.

(La suite à un prochain numéro.)

---

6. *Grossesse extra-utérine abdominale prise pour un kyste de l'ovaire ou une tumeur fibreuse de l'utérus.* — Hôpital Saint-Louis. — M. Jobert (de Lamballe).

(Gazette des Hôpitaux, N° 78.)

Si, dans les premiers mois, il n'est pas facile de reconnaître une grossesse extra-utérine, les difficultés ne sont pas moins grandes quelquefois pour la diagnostiquer, même dans les derniers mois. Le fait suivant nous en fournit un exemple remarquable.

La nommée Thiel (Geneviève-Augustine), âgée de trente-neuf ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 6 juin 1845, pour une tumeur qui est située dans la cavité abdominale, et qu'elle porte depuis treize mois environ. Elle donne les renseignements suivants.

Cette femme n'a jamais eu d'enfants; mais à trois reprises différentes elle dit avoir éprouvé des symptômes de grossesse et expulsé par les parties génitales un corps étranger du volume et de la forme d'une poire ; expulsion qui, chaque fois, fut suivie de la réapparition des règles.

Pour la quatrième fois, vers la fin d'avril 1844, les règles se suppriment : la malade éprouve des coliques, des douleurs sourdes dans le bassin, dans les régions lombaire et inguinale, et un sentiment de pesanteur vers le périnée. En même temps, au lieu de répandre beaucoup de sang, comme elle en avait l'habitude aux époques menstruelles, elle n'en perdit que quelques gouttes.

Les jours suivants, tous les symptômes précédents disparaissent, et la malade continue à jouir d'une assez bonne santé. Mais un mois après, les règles ne reparaissent point, les seins commencent à acquérir un plus grand développement; la malade éprouve de temps en temps de la céphalalgie, des nausées, des étourdissements.

Au mois de juillet, il survient des douleurs abdominales très-vives, surtout dans le côté gauche; les parois du ventre se contractent : cependant aucun produit, ni solide ni liquide, n'est expulsé. Ces accidents ne durent que vingt-quatre heures. C'est alors qu'elle consulte un médecin qui croit à l'existence d'un polype de l'utérus.

Les mois suivants, la suppression des règles continue, les seins augmentent de plus en plus de volume; des douleurs sourdes se font sentir de temps à autre dans l'abdomen, et il y a

ordinairement une constipation de cinq à six jours, sans gêne notable dans l'émission des urines.

Au mois de septembre, le ventre augmente notablement de volume, et la malade, pour la première fois, perçoit, dans cette région, une sensation analogue à celle que ferait éprouver les mouvements d'un fœtus. En appliquant la main, elle sent également un corps qui se déplace. C'est surtout alors qu'elle se croit réellement enceinte.

Le 19 février 1845, c'est-à-dire neuf mois environ après les premiers accidents, de vives douleurs, analogues à celles de l'enfantement, se manifestent; la femme fait de grands efforts comme pour accoucher. On observe en même temps une constipation opiniâtre et une mixtion difficile. Ces douleurs se renouvellent à des intervalles variés, et huit jours après, on voit sortir des organes génitaux un liquide roussâtre et une sorte de membrane; puis les règles reparaissent et coulent abondamment pendant trois jours. Alors la malade éprouve un bien-être inaccoutumé. Depuis cette époque jusqu'à son entrée à l'hôpital, les mouvements qu'elle ressentait dans l'abdomen ont complètement disparu, et la tumeur, qui d'abord avait paru se développer sur la ligne médiane, s'est portée un peu plus du côté gauche. Du reste, pendant tout ce temps, suppression des règles, constipation habituelle, douleurs sourdes dans le ventre.

Au mois d'avril dernier, cette femme consulte deux de nos praticiens les plus distingués, qui, après l'avoir examinée, lui affirmèrent qu'elle n'était point enceinte, mais qu'elle était affectée d'un kyste ovarique ou d'un corps fibreux de l'utérus.

Le 3 juin, le lendemain de son entrée à l'hôpital, les règles reparaissent et coulent abondamment pendant six jours.

Le 14, après l'avoir examinée avec le plus grand soin, M. Jobert diagnostique une grossesse extra-utérine abdominale. Ce chirurgien trouvant ce cas intéressant, en fit informer M. Dubois, qui vint visiter la malade le 21 juin. Cet honorable professeur fut entièrement de l'avis de M. Jobert. Voici d'ailleurs les symptômes que présente cette malade :

L'abdomen est très-volumineux ; il présente une tumeur considérable, de forme arrondie, presque hémisphérique, non bosselée, un peu plus saillante à gauche qu'à droite ; au toucher, elle est non fluctuante, un peu résistante, douloureuse dans sa moitié gauche et indolente dans sa moitié droite ; elle occupe la partie antérieure de l'abdomen, et paraît située au-devant de la colonne vertébrale et de la masse des intestins, et derrière la paroi abdominale antérieure qui n'est ni amincie, ni adhérente. La

peau qui recouvre l'abdomen a sa coloration normale, et n'est sillonnée d'aucune veine variqueuse; notons que les veines étaient très-apparentes avant le retour des menstrues.

En percutant toute la surface de l'abdomen, on obtient un son mat dans la partie antérieure qui correspond à la tumeur, et de la sonorité sur les parties latérales, sonorité qui résulte sans aucun doute de la masse intestinale refoulée en arrière, vers la colonne vertébrale. Le palper et la percussion permettent d'apprécier assez facilement l'étendue de la portion de cette tumeur qui se trouve en contact avec les parois abdominales. La matité commence à 6 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde; de ce point jusqu'au pubis, on compte 30 centimètres; en passant d'un côté à l'autre de la tumeur, on obtient 52 centimètres; enfin, en appliquant un ruban métrique autour de la tumeur, il marque 75 centimètres. A travers la paroi abdominale, il est impossible de reconnaître soit la matrice, soit la vessie; l'émission des urines est volontaire, très-fréquente, et parfois plus ou moins gênée.

Tels sont les symptômes que l'on constate pendant le décubitus dorsal; mais quand la malade se couche sur l'un des côtés, la tumeur se déplace un peu et penche du côté correspondant. Avant le 19 février, époque à laquelle elle eut un faux travail et à laquelle elle fixe la mort du fœtus, tout décubitus, soit dorsal, soit latéral, était difficile et douloureux; aujourd'hui il n'en est plus de même, elle se couche et dort indifféremment soit sur le dos, soit sur l'un des côtés. L'auscultation de l'abdomen ne révèle aucun bruit de souffle. Par le toucher vaginal, on sent le col de la matrice, qui se trouve en avant et à gauche, derrière l'os du pubis: ce col est peu hypertrophié, mais assez fortement aplati d'arrière en avant, comme s'il eût été comprimé entre la tumeur et le pubis. L'orifice du museau de tanche est un peu dilaté, de manière à admettre l'extrémité du petit doigt, et regarde un peu en bas. Derrière la lèvre postérieure, on rencontre la paroi postérieure du vagin, qui est en contact avec la tumeur dont nous avons parlé. Par le toucher rectal, on sent encore la tumeur qui est en rapport avec la paroi antérieure du rectum. En aucun point, le toucher ne peut reconnaître sûrement une partie quelconque d'un fœtus.

L'état général est satisfaisant; les membres inférieurs ne sont pas infiltrés; la mixtion des urines est volontaire, fréquente, quelquefois difficile. On observe une constipation opiniâtre, et parfois de la céphalalgie, des digestions pénibles, et enfin des douleurs abdominales particulières que la malade ressent à des intervalles

variés, et qu'elle place dans la matrice. Les appareils respiratoire et circulatoire n'offrent aucun trouble notable.

Relativement à la menstruation, nous voyons donc chez cette femme les règles se supprimer pendant neuf mois, apparaître au dixième mois, se supprimer de nouveau pendant trois mois, pour reparaître ensuite. Malgré cette irrégularité des menstrues, on doit noter avec soin la suppression des règles pendant l'époque ordinaire de la gestation; car elle peut servir, comme nous le verrons plus loin, à faire établir le diagnostic. Dans le même but, nous ferons aussi remarquer qu'à l'époque ordinaire de l'accouchement il survint des contractions utérines et abdominales, et des douleurs analogues à celles de l'enfantement, et qu'il sortit des matières glaireuses et des débris de fausses membranes.

Pour établir le pronostic et indiquer le traitement qui convient le mieux dans le cas qui nous occupe, il faut avant tout porter le diagnostic. Alors deux questions importantes se présentent : Quel est le siége de cette tumeur? Quelle est sa nature? En prenant en considération les rapports qui existent entre la paroi abdominale et la tumeur, en se rappelant qu'il n'existe entre ces parties aucune adhérence, qu'elles jouissent de mouvements indépendants l'une et l'autre, on peut affirmer que cette tumeur n'est point située dans l'épaisseur des parois abdominales, mais bien dans la cavité abdominale elle-même. Or, les tumeurs qui se remarquent le plus ordinairement dans cette région peuvent être formées par la tympanite, l'ascite, la distension excessive de la vessie, l'hydrométrie : elles peuvent encore résulter d'une grossesse utérine, de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, d'une tumeur fibreuse de l'utérus, ou enfin d'une grossesse extra-utérine.

Mais la percussion seule éloigne l'idée d'une tympanite, qui présente en effet une sonorité très-prononcée dans toute l'étendue du ventre.

On ne peut pas non plus songer à une ascite; car, dans cette dernière affection, la matité existe surtout sur les parties latérales, tandis que l'on observe souvent de la sonorité en avant : d'ailleurs, la fluctuation, l'ondulation, l'aplatissement du ventre sur la ligne médiane, la pâleur, la souffrance du visage, l'infiltration des membres inférieurs, l'altération générale de la santé, sont autant de symptômes qui manquent chez notre malade, et qui ne permettent pas de méprise.

On ne peut également supposer une distension excessive de la vessie, affection caractérisée par la situation de la tumeur, la rapidité de son développement, la rétention prolongée des

urines ; du reste, le cathétérisme rendrait toute erreur impossible.

Quant à l'hydrométrie, maladie d'ailleurs fort rare et d'un diagnostic souvent très-obscur, elle nous offre un symptôme important qui se rencontre aussi chez notre malade : nous voulons parler de la suppression des règles ; mais dans l'hydrométrie, l'utérus est distendu, augmenté notablement de volume, et la fluctuation manifeste, surtout du côté du vagin.

S'il y avait grossesse utérine, les principaux symptômes caractéristiques de cet état, tels que les mouvements actifs et passifs du fœtus, les battements de son cœur, ne pourraient être constatés aujourd'hui, puisque à l'époque où en est notre malade l'enfant serait mort ; mais le toucher vaginal permettrait de reconnaître le ballottement et certaines modifications du col de l'utérus qui manquent chez cette femme.

Les affections qu'il nous reste maintenant à examiner, et qui peuvent le mieux en imposer chez notre malade, peuvent s'accompagner toutes d'une foule de symptômes communs, tels que : forme arrondie du ventre, facilité de limiter la tumeur, matité en avant, sonorité sur les côtés, suppression des règles ; et celle-ci, qu'elle soit symptomatique, ou qu'il y ait simplement coexistence, donne lieu à un ensemble de symptômes produits ordinairement par la grossesse : ainsi, on observe le gonflement des mamelles, des troubles de l'appareil digestif, etc. On conçoit, en pareil cas, toute la difficulté du diagnostic. Si pendant la vie du fœtus le diagnostic d'une grossesse extra-utérine et d'un kyste ovarique peut offrir de l'embarras, il devient encore bien plus difficile lorsqu'il a cessé de vivre : en effet, dans ce dernier cas, les signes fournis par l'auscultation et les mouvements actifs du fœtus manquent complètement. De plus, la fluctuation et la mollesse, qui caractérisent ordinairement l'hydropisie enkystée des ovaires, peuvent manquer également, au point d'induire en erreur même un bon praticien. A cette occasion, M. le professeur Dubois rapporte le fait suivant :

Kyste ovarique pris pour une grossesse extra-utérine.

Une femme portait une tumeur dans la cavité abdominale, et avait offert la plupart des symptômes ordinaires de la grossesse : le toucher faisait reconnaître dans la tumeur une partie dure, inégale, qui affectait quelque analogie avec la forme et la consistance de la tête d'un fœtus. Un praticien distingué avait déjà agité la question de savoir s'il fallait ou non opérer. Cette femme entra à l'hôpital des Cliniques, et l'on reconnut qu'il

s'agissait d'un kyste ovarique et non d'une grossesse extra-utérine.

Pour distinguer ces deux affections l'une de l'autre, M. Dubois avoue que parfois la difficulté est très-grande ; cependant la suppression des règles est pour lui un caractère des plus importants. Ainsi, bien que les auteurs aient noté la suppression des règles comme un symptôme qui pouvait se manifester dans l'hydropisie enkystée des ovaires, M. Dubois ne l'a jamais observée une seule fois dans cette dernière affection, tandis qu'il l'a toujours constatée dans les grossesses extra-utérines. Tel est le résultat de sa vaste expérience. Quant au bruit de souffle que l'on a voulu employer pour distinguer une grossesse extra-utérine, c'est un symptôme qui ne mérite aucune confiance : il peut manquer dans une grossesse extra-utérine, et se rencontrer dans une autre tumeur de l'abdomen. Voici un cas que rapporte M. Bricheteau, cas dans lequel la présence du bruit de souffle entraîna une déplorable erreur de diagnostic :

Tumeur abdominale prise pour une grossesse ovarique.

Une femme chez laquelle on reconnut plusieurs signes de grossesse, et qui présentait un bruit de souffle très-manifeste dans la région occupée par la tumeur, fut soupçonnée de porter le produit d'une grossesse ovarique. La gastrotomie fut pratiquée, et l'on ne trouva aucune trace de grossesse. La femme mourut le sixième jour.

Malgré tout ce qui précède, nous pensons pouvoir établir chez notre malade le diagnostic d'une manière certaine et déterminer le siége et la nature de cette tumeur, en tenant compte et de ses antécédents et de son état actuel. En effet, les douleurs particulières que cette femme a ressenties dans l'abdomen, les mouvements du fœtus qu'elle dit avoir nettement perçus, la suppression des règles pendant neuf mois, le faux travail qui survint à cette même époque, et qui fut caractérisé par des douleurs semblables à celles de l'enfantement et par des contractions utérines avec issue de matières glaireuses et débris de fausses membranes, l'état stationnaire de la tumeur, sa forme, sa dureté, son siége, que l'on reconnaît être dans l'excavation recto-vaginale, le peu de volume et la déviation de l'utérus, qui est en arrière, et du col, qui est en avant, comme aplati derrière le pubis, et tourné en bas, constituent un ensemble de symptômes qui, en éloignant l'idée d'un kyste des ovaires ou d'une tumeur fibreuse de l'utérus, permet d'avancer que cette malade est affectée d'une grossesse extra-utérine abdominale.

Il est probable que le produit de la conception a passé dans la cavité abdominale au moment même où l'acte de la fécondation l'a mis hors de la vésicule où l'ovule s'était formé. De plus, le fœtus paraît être descendu dans l'excavation recto-vaginale. Cette disposition se conçoit facilement; car l'œuf, détaché de l'ovule, doit toujours tendre à gagner la partie la plus déclive.

Cette fausse membrane, qu'a rendue cette femme vers la fin de février, était sans doute la caduque, ou mieux une membrane, ainsi que Hunter l'a démontré le premier, analogue à la caduque qui se développe dans la grossesse utérine. L'existence de cette membrane dans les grossesses extra-utérines est un fait qui a été trop fréquemment observé pour pouvoir aujourd'hui le révoquer en doute, et que l'on explique facilement. En effet, on sait que la caduque existe et tapisse la cavité utérine avant que l'œuf y soit descendu, puisque l'une de ses fonctions est de le soutenir à son entrée dans la matrice. Cette membrane doit donc exister lors même que le produit de la conception, retenu par une cause quelconque, n'arrive pas dans l'utérus. Dans les cas où les recherches anatomiques ne peuvent démontrer cette caduque, on doit attribuer son absence, soit, avec Duverney, au faux travail qui s'établit au terme de la grossesse, et pendant lequel elle est expulsée, soit, avec M. Dezeimeris, aux hémorrhagies qui ont eu lieu à divers intervalles pendant la grossesse et qui l'ont entraînée.

Pour terminer la question relative au diagnostic, pour donner une juste idée de la difficulté qu'il présentait chez notre malade, nous ferons remarquer qu'un praticien, que l'on considère avec raison comme une grande autorité en cette matière, méconnut, au onzième mois, la véritable nature de cette tumeur, après avoir dit que la grossesse extra-utérine, siégeant dans l'excavation recto vaginale, a des caractères si tranchés, qu'il est en général très-facile de les saisir à partir du troisième mois. Du reste, cette erreur de diagnostic, hâtons-nous de le dire, ne fut ici aucunement préjudiciable à la malade. Attendre, en effet, était dans ce cas la seule chose à faire.

Toute grossesse extra-utérine, quelle qu'en soit la forme, est certainement une affection fort grave. On ne peut donc être trop réservé dans le pronostic de la tumeur que porte notre malade. En effet, si le kyste fœtal peut rester pendant un temps indéterminé dans la cavité abdominale (et l'on cite des cas de grossesse extra-utérine où les fœtus y ont séjourné pendant dix, vingt, trente, quarante, et même cinquante ans), sans déterminer aucune altération notable dans la santé générale, il n'en est pas

moins vrai que cette terminaison est le cas le plus heureux, mais malheureusement fort rare. Ordinairement, à une époque plus ou moins avancée du développement du kyste, celui-ci finit par se rompre, et alors des symptômes différents s'observent selon que la rupture a eu lieu d'une manière subite ou lente, selon qu'il existait ou non des adhérences, enfin selon la voie que la nature a choisie pour l'élimination des parties. Si des adhérences conservatrices ne se sont pas établies, et que la tumeur s'ouvre dans la cavité du péritoine, on ne tardera pas à voir se développer une péritonite qui le plus souvent causera promptement la mort, ou qui déterminera la formation d'un second kyste susceptible des mêmes terminaisons que le premier, c'est-à-dire du séjour indéterminé dans le ventre, ou de l'élimination au-dehors.

Chez notre malade, l'affection semble plutôt présenter la première terminaison ; car rien encore ne peut faire aujourd'hui soupçonner une rupture prochaine du kyste. Mais comme celle-ci peut arriver tout à coup et se faire, soit en dehors à travers la paroi abdominale antérieure (comme cela a lieu le plus fréquemment pour la grossesse extra-utérine abdominale), soit en dedans à travers le vagin, le rectum, etc., en voilà certes plus qu'il n'en faut pour apprécier toute la gravité de l'affection de la maladie dont nous venons de parler.

Bien qu'en général dans les grossesses extra-utérines le chirurgien soit le plus souvent impuissant, on ne peut nier cependant que dans quelques cas il ne puisse aider la nature et concourir à la conservation de la mère et même de l'enfant. Chez notre malade, comme les accidents provoqués par la tumeur ont disparu, comme l'élimination des débris du fœtus ne se manifeste par aucun signe, M. Jobert pense qu'il ne faut rien faire, mais seulement attendre. Ajoutons que M. Dubois partage la même opinion. Plus tard, s'il survenait une rupture du kyste, le chirurgien devrait favoriser l'élimination des parties. Dans ce but, les opérations que l'on pratique n'offrent rien de fixe, rien de régulier. C'est à la sagacité et à l'habileté du chirurgien qu'il faut laisser le soin d'exécuter, de modifier, ou même d'inventer les procédés que réclament les cas particuliers.

Un autre fait non moins remarquable de grossesse extra-utérine s'est présenté dans la pratique de M. Jobert; chez cette malade, il y a rupture de la paroi postérieure du rectum et issue de l'une des parties du fœtus. Comme l'on doit pratiquer une opération pour extraire les débris du fœtus, nous espérons, si on nous le permet, en rendre compte dans un prochain numéro.

7. *De la cautérisation vaginale multiple envisagée comme cure radicale des écoulements leucorrhéiques ou fleurs blanches;* par le docteur FRANCIS DEVAY, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 26.)

Nous devons, avant d'entrer en matière, avertir nos lecteurs que les faits rapportés dans le cours de ce travail n'ont trait qu'à des leucorrhées entretenues soit par des granulations du col de l'utérus, soit par une affection ancienne de la muqueuse vaginale. Il n'est nullement question ici de ces écoulements, assez rares à la vérité, qui ont leur point de départ dans la cavité même de l'utérus, ou de ces flux puriformes qui ont leur source dans une lésion organique profonde et invétérée de la matrice. La question reste ainsi circonscrite dans les *écoulements vaginaux* proprement dits. Nous ajouterons de plus que nous n'avons point la prétention d'avoir mis à jour un procédé curatif nouveau; nous savons que l'idée en était déjà naturellement venue à plusieurs médecins, comme elle s'est révélée *spontanément* à nous depuis plusieurs années. Les difficultés de la pratique ou de l'*art de guérir* portent invinciblement vers les innovations.

Tous les praticiens sont aujourd'hui d'accord sur les difficultés que l'on éprouve à tarir ces écoulements leucorrhéiques passés à l'*état constitutionnel*. On a beau satisfaire à toutes les indications que l'on croit appropriées, mettre en usage les moyens, soit généraux, soit locaux, recourir aux injections astringentes, modifier les habitudes hygiéniques de la femme, etc., les tentatives échouent presque toujours. On peut être sûr alors que cette persistance d'un mal, peu grave par ses dangers immédiats, mais qui ne laisse pas d'apporter du trouble et de l'épuisement dans l'économie des femmes, est due à une lésion profonde de la muqueuse vaginale, à une hypertrophie de son tissu, et surtout de ses follicules. Cet état, que l'on ne pourrait, à proprement parler, nommer sub-inflammatoire, car sa nature paraît surtout tenir de l'atonie, amène un état général de laxité de la membrane du vagin. On aperçoit çà et là, sur la surface de cette dernière, quelques plaques d'une couleur rouge livide, quelquefois un peu bleuâtre, auxquelles adhère un mucus épais; les cryptes muqueux forment de véritables lacunes qu'il est très-facile d'apercevoir. Cette altération, qui est pour nous un fait constant, exige, comme nous allons le voir, des indications particulières; nous dirons de plus qu'elle est capable de succéder à tout écoulement leucorrhéique persistant, ou plutôt de l'accompagner,

quelle que soit la cause qui lui ait primitivement donné naissance : cette cause a pu être locale ou générale.

Dans le premier cas, les fleurs blanches, devenues constitutionnelles, ont succédé à une blennorrhagie (blennorrhée vaginale) : elles tiennent alors à ce que l'inflammation chronique, mal éteinte, a une certaine tendance à se reproduire sous l'influence des causes les plus légères ; ou bien elles ont succédé à des granulations du col utérin, à une cause purement mécanique, telle que la présence d'un pessaire, l'accouchement, etc.

Dans le second cas, chez les femmes d'un tempérament lymphatique et qui contractent facilement des affections catarrhales, l'habitation d'un lieu étroit, humide et soustrait aux rayons solaires, le refroidissement continuel des pieds ou de tout le corps, l'irritation habituelle d'un viscère du bas du ventre, sont les causes les plus ordinaires qui produisent et entretiennent un écoulement blanc opiniâtre. Mais, lorsque celui-ci dure depuis longtemps, quel que soit son point d'origine, de quelque nature que soient ses causes, l'hypercrinie, qui se traduit par l'abondance du flux leucorrhéique, entretient sur la membrane muqueuse un état fluxionnaire, congestif, qui modifie profondément sa texture : chez beaucoup de femmes, elle est convertie même en un vaste exutoire. Lorsque les fleurs blanches en sont arrivées à ce point, et les exemples en sont très-fréquents, le médecin qui ne veut point l'ombre pour la réalité doit s'adresser directement à l'organe, à sa surface sécrétante. Les injections astringentes, modifiées de mille manières, ne lui suffisent plus pour remplir cette indication ; il faut un genre de médication qui ait une manière d'agir plus fixe et plus stable qu'un liquide qui ne fait, en quelque sorte, que glisser sur la membrane. Dans les blépharites granuleuses anciennes, dans les ulcérations de la cornée, les collyres les plus énergiques n'ont point le quart d'influence qu'exercent, sur les parties malades, quelques attouchements avec le nitrate d'argent, ou même simplement avec la pierre de vitriol bleu. La même chose a lieu pour la vaginite chronique, qui se traduit par les caractères que nous avons indiqués précédemment, ainsi que par une sécrétion lactescente et presque puriforme : ici, il faut à tout prix imprimer une modification locale énergique. Les effets bien connus du nitrate d'argent comme agent substitutif, son action spécifique, en quelque sorte, contre les affections des muqueuses externes, font de cette substance le médicament le mieux approprié dans ce cas; et tout ce que nous pourrions en dire de plus deviendrait oiseux. Il ne faut

point oublier, en outre, qu'on se rend plus facilement maître de l'action de la pierre infernale, tandis qu'on ne peut aussi aisément limiter celle du nitrate acide de mercure, par exemple.

Le fait surtout qui démontre le plus irrésistiblement la nécessité de cautériser directement la surface vaginale dans les leucorrhées constitutionnelles, c'est la coïncidence de ces écoulements avec les granulations du col utérin. Dans ce cas, on a l'habitude de considérer presque *toujours* ce dernier désordre local comme l'élément principal dont il faut se rendre maître pour guérir les fleurs blanches : on cautérise ces granulations, on parvient à les anéantir même ; mais l'écoulement chronique n'est souvent nullement modifié ; on est forcé alors d'abandonner l'idée qu'on s'était faite d'une relation hypothétique de cause à effet. C'est une observation de ce genre qui, s'étant passée sous nos yeux, nous a mis sur la voie de ces recherches, qui ne sont point sans intérêt pour la pratique. Nous allons en faire part à nos lecteurs.

Écoulement leucorrhéique ancien (blennorrhagies antérieures) ; granulations et rougeurs du col utérin ; insuccès des traitements antérieurs ; guérison par la cautérisation vaginale multiple.

Obs. I. — La femme G . . . , âgée de 27 ans, blonde, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est sujette depuis trois ans à des fleurs blanches très-abondantes qui lui occasionnent, dit-elle, des faiblesses et des tiraillements d'estomac. Elle a subi, sans aucun succès, plusieurs traitements ; elle a pris des ferrugineux, des boissons astringentes, et pratiqué des injections de même nature.

Le 9 septembre 1842, elle vient réclamer nos soins. Interrogée sur ses précédents, elle accuse avoir eu deux blennorrhagies il y a quatre ans, mais sans autre symptôme syphilitique. Ces deux écoulements cessèrent au bout de trois à quatre semaines, à la suite de grands bains et de boissons délayantes. Six mois après, sans causes connues, elle est prise de fleurs blanches très-abondantes et qui lui occasionnent de la cuisson en urinant : c'est depuis lors qu'elle est restée soumise aux divers traitements que nous avons indiqués. L'examen des parties, au moyen du spéculum, nous révèle l'état suivant : le col est plaqué de rouge et recouvert, particulièrement près de l'ouverture du museau, de petites granulations mollasses et saignantes ; un mucus épais et grumuleux tapisse le cul-de-sac du vagin ; le tissu de ce dernier est très-mobile, et ses follicules sont hypertrophiés. Le crayon de nitrate est promené sur toutes ces granulations, qui blanchissent à l'instant même.

Le 14. Nouvelle cautérisation du museau de tanche ; nous ne constatons encore aucune amélioration.

Le 19. Les granulations se sont un peu effacées ; la perte blanche est aussi abondante.

Le 27. Plus de trace de granulations ; *la muqueuse vaginale est cautérisée dans dix endroits différents.* Le lendemain, cuisson, un peu d'ardeur en urinant. (Grand bain.)

Le 5 octobre. Nouvelle cautérisation du vagin dans douze points de son étendue.

Les jours suivants, la perte a diminué.

Le 10. Nouvelle cautérisation ; amélioration sensible. Le traitement est continué jusqu'au 21.

La guérison était effectuée le 28.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade plusieurs mois après, et nous pûmes constater que les fleurs blanches n'avaient point reparu ; son état général s'était sensiblement amélioré.

Voici un autre fait de vaginite chronique simple, dans lequel la guérison a eu lieu d'une manière plus rapide.

Obs. II. — Mme P... vient nous consulter le 10 juin 1843. Elle accuse les symptômes suivants : douleurs lombaires ; affaiblissement progressif ; inappétence et dégoût pour les aliments. Cette dame, âgée de 31 ans, a fait une fausse couche à deux mois, il y a un an. Depuis lors, les règles sont peu abondantes ; leucorrhée excessive. Elle a pris de la conserve de roses et bu pendant longtemps de l'eau de Spa, etc. ; mais aucun mieux ne s'est manifesté sous l'influence de ce traitement. La visite au spéculum nous fait reconnaître une hypertrophie avec rougeur et laxité du tissu du vagin. Nous conseillons à cette dame la cautérisation multiple ; elle y consent : deux fois par semaine elle est pratiquée.

Le 12 juillet, la guérison était effectuée. La santé est raffermie depuis lors.

Obs. III. — Dans ce cas, il y avait coïncidence de granulations du col de l'utérus avec épaississement de la muqueuse vaginale. C'était chez une femme âgée de 23 ans, ayant eu deux enfants. La surface du vagin était çà et là parsemée de plaques rouges ; les mucosités étaient épaisses, semblables à celles qui se détachent des fosses nasales à la suite des coryzas anciens. On lui avait fait prendre pendant longtemps des tisanes dépuratives ; elle avait pratiqué plusieurs mois de suite des injections, soit avec le sulfate de zinc, soit avec l'acétate de plomb : ces moyens n'avaient produit aucun amendement. A dater du 3 février 1845, des cautérisations furent pratiquées : le premier jour,

sur le museau de tanche seulement ; puis ensuite simultanément sur le col de la matrice et à la surface du vagin.

Ce traitement, continué toutes les semaines, amena, à la fin de mars, une guérison radicale.

Obs. IV. — La femme Lap..., âgée de 26 ans, ayant eu trois enfants, vint nous consulter dans le courant d'avril 1844. Elle était atteinte de symptômes gastralgiques ; elle maigrissait, disait-elle, à vue d'œil : elle attribuait tous ces symptômes à des fleurs blanches très-abondantes. Elle avait pris sans succès les eaux de Charbonnières et d'Uringe. Le vagin est hypertrophié, lâche, humide et mou. — Cautérisations vaginales à partir du 17 avril.

Le 24, amélioration sensible au bout de deux cautérisations.

Le 5 mars, la guérison était effectuée.

Le jour où nous rédigeons ces lignes, la femme Lap... a repris tout son embonpoint, et les symptômes gastralgiques ont cessé avec les fleurs blanches.

Obs. V. — La fille V. Mich... est restée plusieurs mois à l'hospice de l'Antiquaille, où on l'a traitée pour des blennorrhagies. Cette malade, âgée de 33 ans, est sujette depuis lors à un flux leucorrhéique qui augmente surtout les jours qui précèdent et qui suivent les époques menstruelles ; les taches de ses linges présentent une coloration verdâtre. Depuis deux mois, cette femme a maigri et perdu l'appétit ; elle est essoufflée ; son teint est presque chlorotique. — Cautérisations vaginales multiples à dater du 6 octobre 1844.

Guérison radicale cinq semaines après, c'est-à-dire après six cautérisations.

Obs. VI. — La femme D... est sujette, depuis son dernier accouchement, à un écoulement leucorrhéique opiniâtre qui a amené un état de langueur et d'inertie de toutes les fonctions. Comme on soupçonnait chez cette femme un relâchement des ligaments de la matrice, on lui a fait porter une ceinture abdominale et un pessaire en craquelin. Au bout de quinze jours d'usage de ce dernier, elle a été obligée de le supprimer ; il augmentait beaucoup l'irritation vaginale et la perte blanche. Cette femme est malade depuis dix mois, lorsque nous commençons le traitement. Des cautérisations vaginales multiples sont pratiquées toutes les semaines, à dater du 5 mars 1845.

Dès la première semaine, les fleurs blanches avaient diminué beaucoup ; la guérison fut effectuée au bout d'un mois et demi de cautérisations.

Procédé opératoire. — C'est à M. Ricord qu'est due l'idée de

la cautérisation de *tout le vagin* à l'aide du crayon de nitrate d'argent ; il l'a appliquée : 1° dans les blennorrhagies vaginales à l'état chronique, lorsque l'altération de la membrane est légère ; 2° dans celles où il y a altération du tissu, érosions, ulcérations ; 3° à l'état aigu, soit au début, soit après un certain temps de durée. Jamais, selon cet observateur, le nitrate d'argent n'a augmenté les symptômes inflammatoires : ceux-ci ont quelquefois marché quand même ; mais le plus souvent ils ont presque subitement cessé sous son influence, alors qu'ils avaient résisté à toute autre médication. En somme, les guérisons ont été plus rapides, et ont eu lieu dans des cas jusque-là rebelles.

Notre manière d'appliquer le nitrate d'argent ne diffère de celle de M. Ricord que par sa *sobriété*, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Tandis que ce chirurgien cautérise toutes les surfaces qui se présentent à l'extrémité du spéculum, nous ne faisons que toucher légèrement, après avoir enlevé préalablement les mucosités, quelques parties de la rosace formée par la saillie de la muqueuse vaginale. Voici d'ailleurs la manière très-simple avec laquelle nous procédons : on introduit le spéculum, et on met le col utérin à découvert ; puis, s'il y a lieu, on porte sur le museau de tanche un crayon de nitrate au bout d'un long manche ; on retire alors doucement le spéculum, et à mesure que le vagin se présente, on le touche trois à quatre fois très-modérément, à différentes parties de sa surface : on doit choisir de préférence celles où se remarquent des rougeurs ou des lacunes très-prononcées. Cette manœuvre est répétée deux fois encore avant de parvenir jusqu'à la vulve : après avoir enlevé l'instrument, on écarte les grandes lèvres, et l'on achève la cautérisation multiple en passant deux à trois fois le crayon à l'entrée du vagin. Comme l'observateur que nous avons cité précédemment, nous n'avons jamais remarqué d'accidents inflammatoires à la suite de ce procédé ; jamais les malades ne nous ont accusé la moindre douleur, soit au moment de l'opération, soit les jours qui l'ont suivie. On a pu voir, dans les observations qui précèdent, que la durée moyenne du traitement a été d'un mois à six semaines, en pratiquant une cautérisation tous les cinq ou six jours. Nous avons, autant que possible, évité d'astreindre nos malades à aucune autre médication. Les injections ordonnées ont été les plus simples : l'eau froide, ou simplement aiguisée avec un peu d'acétate de plomb, constitue les seules injections qui aient été prescrites. En même temps que nous faisions ces recherches, notre collègue et ami le docteur Barriez appliquait ce mode de traitement dans son service à l'Hôtel-Dieu. Il est parvenu à supprimer, par ce

moyen, en très-peu de temps, des écoulements vaginaux de nature blennorrhagique.

En résumé, la cautérisation vaginale multiple, d'une exécution simple et facile, nous paraît avoir son application dans une multitude de cas, dans les écoulements leucorrhéiques qui sont entretenus par une certaine atonie de la muqueuse vaginale et par un vice de sa sécrétion. Les praticiens qui les mettront en usage seront surpris, comme nous l'avons été nous-même, de la promptitude avec laquelle un moyen si simple dissipe des symptômes graves, des lésions fonctionnelles qu'on croirait profondes, et qu'on ne serait presque jamais tenté d'attribuer seulement à l'hypercrinie vaginale.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

8. *Des abcès du pharynx : abcès de la paroi postérieure.*

(Suite : voir t. 154, juin 1845, p. 77.)

(La Clinique de Montpellier, mai 1845.)

Abcès entre le rachis et le pharynx, à la suite d'une plaie à peine sensible à la partie latérale droite du larynx.

Un sous-officier de la garde, âgé de 27 à 28 ans, blessé en duel le 7 juin 1824, présentait une plaie à peine sensible à la partie latérale droite du larynx, entre le cartilage thyroïde et le muscle sterno-mastoïdien, avec ecchymose, tuméfaction au cou et douleurs profondes s'étendant à la poitrine et à l'épigastre. Il y avait, de plus, perte de la voix et de la parole, difficulté dans la respiration et la déglutition.

Plusieurs saignées générales et l'application des ventouses mouchetées parurent apaiser la plupart des accidents ; mais le malade avalait toujours avec peine. Parvenu à la nuit du 5e au 6e jour, sa respiration devient laborieuse et sifflante, son visage s'injecte et prend une couleur brunâtre; extrémités froides, pouls vermiculaire. L'exploration de l'arrière-bouche ne fit rien découvrir : on se décide à pratiquer la laryngotomie.

La membrane crico-thyroïdienne étant ouverte et la plaie agrandie avec le bistouri, il y eut une explosion d'air mêlé de caillots de sang noirâtre et purulent; les mouvements de la respiration se rétablirent, et le malade put proférer quelques paroles. Voulant alors lui faire avaler un peu de tisane, le malade la rejeta, et s'il voulait faire des efforts pour la faire passer, il

éprouvait de nouveaux accidents nerveux et de suffocation. On se contenta d'étancher la soif avec quelques morceaux de glace. Le soir, on introduisit une sonde œsophagienne, mais avec beaucoup de peine, éprouvant une résistance presque invincible au niveau de la plaie du larynx. Le malade ne put supporter la présence de la sonde, et il l'arracha brusquement, en faisant signe qu'il souffrait beaucoup dans le point de la gorge où elle avait passé avec difficulté. On renonça donc à ce moyen auxiliaire, et on conserva toujours béante l'ouverture du larynx ; car dans les changements de position, lorsque les bords de la plaie venaient à se rapprocher, la suffocation reprenait le malade. Enfin, le matin du 8e jour, il fut surpris d'un dernier accès auquel il succomba.

Autopsie. En arrière du pharynx et en avant du corps des trois premières vertèbres cervicales, dénudées de leur appareil fibreux, existait un abcès purulent, du volume d'un très-gros œuf de poule, qui tenait rapprochées les deux parois de cette cavité musculo-membraneuse, derrière le cartilage cricoïde et le commencement de la trachée-artère, dont le calibre était également oblitéré dans presque tout son diamètre. Une fusée purulente s'étendait de l'abcès principal dans le tissu cellulaire de la plèvre du côté droit de la poitrine. Il y avait, en outre, une péripneumonie et un travail de suppuration à la surface du poumon, une péritonite très-sensible et une altération notable de toutes les tuniques de l'estomac.

Il est évident, dit Larrey, qui rapporte cette observation dans sa *Clinique chirurgicale* (t. II, p. 134), que cette collection purulente doit avoir produit tous les accidents précités, et qu'elle-même était le résultat du désordre causé par l'instrument vulnérant, qui avait effleuré le cartilage thyroïde, déchiré le nerf laryngé supérieur, le ganglion cervical du grand sympathique, le cordon nerveux de la paire vague du côté droit, et enfin traversé l'appareil fibreux de la colonne cervicale jusque dans l'épaisseur du corps de la troisième vertèbre de cette région. Si cet abcès avait pu faire saillie vers l'isthme du gosier, de manière à être accessible à l'œil ou au toucher, on aurait pu facilement en faire l'ouverture et sauver ainsi la vie du blessé ; mais on était loin de soupçonner l'existence de cette collection purulente.

Cette observation prouve l'insuffisance de la laryngotomie pour remédier aux accidents produits par une collection purulente du pharynx, l'importance du diagnostic et la nécessité d'ouvrir ces abcès, comme l'avait recommandé le Père de la médecine. C'est ce qui ressort, en outre, de plusieurs de nos observations.

Suffocation, trachéotomie, mort ; abcès du pharynx.

Une femme fut prise de douleur de gorge, de dysphagie, de dyspnée ; la suffocation devint imminente : on fit la trachéotomie ; ce qui n'empêcha pas la mort d'arriver. Un abcès s'étendait de la troisième à la septième vertèbre cervicale ; il comprimait le pharynx, l'œsophage, la partie supérieure de la trachée, et fusait par une érosion étroite à la partie supérieure du larynx. (Carmichaël : *Edin. med.-chir. Trans.*, 1820.)

Angine, menace d'asphyxie, trachéotomie, mort ; abcès du pharynx.

Un homme, âgé de 35 ans, après un refroidissement subit, se plaint de mal à la gorge, de douleurs et de gêne dans la déglutition. Il survient de la toux, une difficulté de respirer. On saigne deux fois, on applique des sangsues, on administre plusieurs doses de calomel. Les symptômes vont en augmentant : impossibilité d'avaler les liquides, suffocation imminente. La trachéotomie est pratiquée avec peu de soulagement, et le malade meurt le lendemain. On découvre à l'autopsie un abcès énorme post-pharyngien. La tumeur oblitérait ce conduit et venait boucher l'ouverture de la glotte. L'isthme du gosier était très-rouge. Rien de particulier dans le larynx. L'incision des parois du foyer purulent donna issue à trois onces d'un pus bien lié. Engouement des deux poumons ; quelques tubercules au sommet ; engorgement des vaisseaux encéphaliques (Brodie).

Abcès post-pharyngien, tumeur fluctuante à l'ouverture de la glotte, prise pour un œdème de la glotte.

Ringeard, 40 ans, d'une santé détériorée, exposé à l'influence des variations atmosphériques, souffrait depuis quelques jours de la gorge, lorsqu'il entre à l'hospice de Gien, le 27 septembre 1837, et présente l'état suivant :

Rougeur et sécheresse du pharynx, sans tuméfaction appréciable ; difficulté de la déglutition et de la respiration qui est sifflante dans l'inspiration, voix voilée, sentiment de gêne au niveau du larynx, pouls à 100 pulsations. Le doigt, introduit profondément dans le pharynx, rencontre, au niveau de la partie supérieure du larynx, une tumeur rénitente et élastique qui semble se confondre avec les lèvres de la glotte, et qui obture l'ouverture de cette dernière. De temps à autre, petite toux sèche et sifflante, tristesse, inquiétude, face pâle. (Saignée, cataplasme, gargarisme, pédiluve, eau de veau.) Le soir, nouvelle saignée. Le 28, point d'amendement. (30 sangsues, vésicatoire à la nuque.)

Le 29, la gêne de la respiration fait des progrès ; véritables accès de suffocation; la déglutition n'est pas plus difficile. (Potion éméto-cathartique.) Une nouvelle exploration ne signale aucun changement dans la tumeur ; même état général. Le 30, vingt sangsues, potion purgative, pédiluves. Les quatre jours suivants, émétique à haute dose, qui semble diminuer les accidents ; mais cette légère amélioration ne se soutient pas. Le 6 et le 7 octobre, large moxa sur chacun des côtés du larynx. Le 8 au soir, la laryngotomie est pratiquée pour obvier à la suffocation. Le malade n'éprouva pas un mieux sensible après cette opération , et la canule s'étant déplacée pendant la nuit, il fut trouvé asphyxié.

Autopsie. Le larynx étant ouvert sur place, on reconnut que la membrane muqueuse et les cartilages étaient sains, et qu'il n'existait aucun gonflement des lèvres de la glotte ; mais cet orifice était presque complètement oblitéré par une tumeur fluctuante, du volume d'une grosse noisette, qui venait faire saillie à la partie supérieure. Cette tumeur se continuait inférieurement jusqu'au-dessous de l'anneau cricoïdien et comprimait fortement la cavité du larynx ; elle avait pour point de départ une collection purulente de pus blanc et bien lié, en contact avec la face antérieure de la colonne vertébrale et la paroi postérieure de l'œsophage ; de là, le liquide purulent avait fusé sur les côtés du larynx, de manière que, à gauche, il n'était séparé que de neuf à dix millimètres de l'angle supérieur de l'incision pratiquée sur le milieu de l'espace crico-thyroïdien. Ainsi se trouvaient expliquées la saillie attribuée au gonflement des lèvres de la glotte, la difficulté du passage de l'air à travers l'ouverture artificielle et la tendance au déplacement de la canule. — La partie postérieure des poumons offrait une congestion hypostatique et était emphysémateuse dans presque toute sa surface.

Cette observation, qui peut servir à éclairer le diagnostic des maladies occultes de cette nature, est due à M. le docteur Ballot, chirurgien en chef de l'hospice de Gien ; elle est rapportée dans les *Archives générales de médecine*, année 1841.

Symptômes de phthisie laryngée, mort ; abcès rétro-pharyngien (1).

La nommée Estercq, âgée de 72 ans, admise à l'hospice de Larochefoucault le 25 février 1837, avait beaucoup maigri depuis un an. Elle sortait de la Salpêtrière, où elle avait eu la grippe dans le courant de février. Elle entra à l'infirmerie vers le 1er mars, se plaignant d'enrouement et d'un peu de gêne dans la

(1) M. Bouvier, *Bulletin de l'Acad. de méd.* 1837.

déglutition. Ces symptômes augmentèrent bientôt tellement, que, vers la fin de mars, elle ne pouvait presque plus avaler ni solides ni liquides; elle ne vivait que d'un peu de bouillon et de lait : l'aphonie était complète. L'amaigrissement fit des progrès rapides, et, à la fin d'avril, cette femme était dans un marasme effrayant.

On supposa qu'il existait une phthisie laryngée, idée que semblait justifier l'ensemble des symptômes qu'on avait sous les yeux.

Je ne vis la malade que le 1er mai. La déglutition était accompagnée d'une douleur qu'elle rapportait à la partie supérieure du larynx. Les boissons, disait-elle, s'arrêtaient vers ce point, et elle les rendait quelques instants après. L'exploration de l'isthme du gosier ne faisait rien apercevoir de particulier dans le pharynx. On sentait profondément au cou, à droite du larynx, quelque chose de saillant, qui semblait comme une poche ou une sorte de jabot. Il y avait de la toux, la voix était éteinte, et la malade ne se faisait entendre qu'avec beaucoup d'efforts, en articulant à voix basse. Elle était alors très-faible, et elle mourut le lendemain 2 mai.

Autopsie. Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient sains, excepté le lobe inférieur du poumon droit, qui offrait tous les signes d'une pneumonie au premier degré. Le larynx n'offrait aucune altération, et je pus même lui faire produire des sons assez purs, analogues à ceux de la voix, ou plutôt du cri; mais il existait entre le pharynx et la colonne vertébrale une tumeur arrondie, fluctuante, dont l'ouverture donna issue à une quantité assez considérable d'un pus épais et phlegmoneux.

Cet abcès correspond en hauteur à l'espace compris entre le sommet des cartilages aryténoïdes et le bord inférieur du cricoïde, et comprime le bas du pharynx contre la face postérieure du larynx. Le doigt introduit dans le pharynx rencontre en cet endroit un resserrement qui, sans être très-résistant, suffisait pour arrêter les aliments pendant la vie, d'autant mieux que les contractions des muscles de la déglutition étaient gênées par la douleur, et peut-être aussi par la compression de leurs nerfs. C'est sans doute à une compression semblable des nerfs pneumogastriques qu'il faut attribuer l'aphonie.

Mort par asphyxie à la suite d'un abcès du pharynx.

Une femme se présente à l'hôpital Guy, se plaignant, dans le fond de la gorge, d'une violente douleur qu'elle attribuait au passage d'un os pointu. A sa douleur se joignit bientôt une grande dyspnée, qui, faisant de rapides progrès, la fit promptement

succomber. A l'autopsie, on trouva entre le pharynx et la colonne vertébrale un énorme abcès qui avait dû causer la suffocation en fermant l'ouverture du larynx (Fleeming).

Suffocation par un abcès du pharynx.

Floyer rapporte qu'un jeune homme resta essoufflé après une angine très-grave; la déglutition ne se faisait qu'avec la plus grande peine. Cinq mois se passèrent ainsi; mais la respiration devint de plus en plus troublée, et un matin on le trouva mort dans son lit. L'examen du cou montra une tumeur remplie de pus derrière le pharynx, vis à vis du commencement du larynx.

— D'après M. Bouvier, M. Moreau aurait vu périr une femme de la même manière, et chez laquelle l'affection ne fut reconnue qu'après la vie.

Glossite aiguë suivie d'un abcès du pharynx; ouverture au-dessous de la mâchoire; guérison.

Un infirmier, à la Charité, se coucha en se plaignant d'un léger mal de tête. Il n'avait rien éprouvé de particulier pendant la journée. Tout à coup, à onze heures du soir, il sentit survenir un gonflement considérable de la langue et du cou, qui, au bout d'une demi-heure, s'accompagnait d'inpossibilité de parler, de difficulté de respirer. Des sangsues furent posées au-devant du cou. Le lendemain matin, la physionomie altérée, jaunâtre, exprimait la souffrance la plus vive; la bouche, pouvant à peine permettre l'entrée de l'extrémité du doigt, laissait écouler une salive abondante. A travers l'écartement des dents, on apercevait la langue tuméfiée, sans rougeur, présentant une phlyctène sur son bord gauche. La parole était impossible, et quelques cuillerées de tisane, introduites à grand'peine dans la bouche, étaient en partie rejetées très-douloureusement. Toute la région sous-maxillaire était gonflée, dure, sensible au toucher; le moindre mouvement de ces parties était excessivement douloureux. Il y avait une fièvre assez forte. (Saignée, 2 décigrammes de tartre stibié.) Le jour suivant, gonflement extérieur moindre; le malade entr'ouvrait un peu les mâchoires; langue volumineuse, déformée à sa pointe, recouverte à la face inférieure d'une exsudation pseudo-membraneuse; déglutition moins difficile. (Sulfate de soude.) Le 4e jour, parole et déglutition libres, écartement plus grand des mâchoires; il survint une légère pleurésie à gauche, qui céda à une saignée et à un vésicatoire. Cependant le cou se gonfle de nouveau, les mâchoires refusent de s'écarter; parole pénible, déglutition difficile et douloureuse. Un obstacle, sem-

blant placé à la partie inférieure du pharynx, s'oppose au passage des liquides, ou n'en laisse passer qu'une partie, le reste revenant par les fosses nasales. A ces signes, on diagnostique un abcès occupant la partie inférieure du pharynx. L'impossibilité d'écarter les mâchoires ne permet pas d'en chercher le siége avec le doigt. Pendant six jours, le malade reste dans un état de souffrance et d'anxiété difficile à décrire, ne pouvant ni avaler, ni parler, ni mouvoir la tête sans d'excessives douleurs. Enfin, on sent de la fluctuation un peu au-dessous de la mâchoire inférieure, à droite de la ligne médiane ; un abcès est ouvert, et le malade éprouve immédiatement un soulagement considérable, qui, au bout de peu de jours, fait place à une guérison complète.

Pharyngite, abcès rétro-pharyngien, ouverture au cou; mort. L'abcès avait fusé jusqu'au thorax.

Un caporal d'un régiment d'artillerie de marine, d'un tempérament sanguin et de forme athlétique, se rendant de Brest à Toulon, entra à l'hôpital Saint-Eloi à la fin d'avril 1834. Il se plaignait depuis quelque temps d'un violent mal de gorge ; le pharynx, les amygdales et le voile du palais étaient injectés ; la membrane muqueuse avait un aspect un peu terne. Les antécédents donnèrent à penser qu'il s'agissait d'une pharyngite syphilitique, et le malade passa dans le service des vénériens. (Saignée, 20 sangsues au cou, gargarismes émollients, deux bouillons pour toute nourriture.) Les douleurs et l'inflammation ne tardèrent pas à s'amender. (Pilules de Sédillot.) Quelques jours après, recrudescence des symptômes, déglutition très-pénible, respiration gênée, face rouge, conjonctives injectées, veines frontales distendues ; les carotides battaient avec force et le pouls était précipité. C'est dans cet état qu'on le transporta dans le service des blessés, salle Saint-Côme, n° 27.

Malgré un traitement antiphlogistique actif, le mal fit des progrès. On pratiqua des scarifications sur la face supérieure de l'épiglotte tuméfiée. La respiration n'en retira pas le moindre bénéfice, et la laryngotomie devenait nécessaire, lorsqu'une tumeur molle et fluctuante se montra sur le côté gauche du cou, au-dessous et en avant de l'angle de la mâchoire. Une ponction donna issue à une grande quantité de pus; le malade fut soulagé instantanément. Le lendemain, les angoisses reparurent, on agrandit l'ouverture en haut et en bas, la respiration devint moins laborieuse; mais la constitution du malade se délabrait de jour en jour, et, au bout de 26 jours, la mort vint mettre un terme à toute souffrance.

Autopsie. Amaigrissement considérable, plaques violettes autour du cou. A l'aide d'une double incision sur les côtés du cou jusqu'au sternum, on met à nu le pharynx et la colonne vertébrale. Le pharynx est décollé en arrière et sur les côtés, depuis la troisième vertèbre cervicale, par une grande quantité de pus. Au commencement de l'œsophage, le foyer purulent se présente exclusivement à gauche, entre lui et la colonne vertébrale, descend jusqu'au thorax, et se dilate en forme de poire au sommet de cette cavité. Les muscles droits antérieurs de la tête, le grand ligament antérieur, ne sont pas altérés, ainsi que les vertèbres. On peut suivre la route que le pus avait suivie pour se montrer sur le côté du cou, là où l'abcès avait été ouvert. Les organes du cou n'étaient pas malades ; la muqueuse pharyngienne offrait les traces d'une inflammation hypérémique.

Amplitude des sinus cérébraux, sablé rouge de la substance cérébrale ; quelques tubercules dans les poumons.

— Les abcès du pharynx peuvent s'ouvrir spontanément dans le conduit, et le pus être évacué au-dehors : dans le cas contraire, nous avons vu des malades périr par l'asphyxie, même après la laryngotomie, et cette terminaison funeste se comprend facilement, l'obstacle à l'introduction de l'air existant en dehors du canal aérifère. La nature a aussi quelquefois des voies merveilleuses pour parer au plus grand danger ; témoin les corps étrangers introduits dans le pharynx, cheminant dans la trame de nos tissus, et expulsés par une inflammation éliminatrice. C'est ainsi que le pus situé en arrière du pharynx peut être porté au-dehors, au-dessous de la mâchoire et sur les côtés du cou. Toutefois, cette opération de la nature est laborieuse et pas toujours heureuse. L'important est d'établir le diagnostic de ces abcès, et, une fois l'abcès reconnu, d'ouvrir sans hésiter avec un bistouri ou avec le pharyngotome. (*La fin à un prochain numéro.*)

---

9. *Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphyloraphie, à propos d'une opération pratiquée par ce professeur.* — Hôtel-Dieu. — M. Roux.

(Gazette des Hôpitaux, N° 81.)

A propos de l'autoplastie, j'aurais à entrer dans des détails très-longs, soit parce que le hasard a voulu que je prisse une part assez active dans cette matière, soit aussi parce que le sujet par lui-même est très-fécond et digne du plus grand intérêt, et enfin parce que je crois qu'il n'a pas encore été traité avec tous

les développements pratiques dont il est susceptible. D'un autre côté, le temps nous presse, et je ne pourrai que toucher les points principaux, en essayant, autant qu'il est en moi, de vous dire en peu de mots beaucoup de choses.

Sans doute ce n'est pas de nos jours qu'est née l'heureuse pensée de reconstituer en totalité ou en partie les organes plus ou moins détruits; cette belle branche de notre art date d'une époque bien éloignée pour ce qui est de son origine; mais à aucune époque elle n'a été si perfectionnée et poussée si loin que dans ces derniers vingt-cinq ans. Non-seulement les chirurgiens modernes ont perfectionné les procédés autoplastiques anciens, mais ils en ont inventé de nouveaux. Il faut en convenir, ce en quoi la chirurgie moderne s'est montrée brillante, c'est dans la reconstitution des organes qui, par une cause quelconque, viennent à manquer, en empruntant des lambeaux de tissu aux régions voisines, et en les plaçant sur les points où doivent exister les organes.

C'est à ces opérations très-variées et multiples qu'on a appliqué dernièrement le mot d'autoplastie, en général, ou d'anaplastie. Pourtant, pour être plus exact, il y aurait une distinction à faire. Ou l'emprunt se fait sur des parties appartenant à l'individu qu'on opère, et dans des points peu éloignés du lieu où se pratique la restauration, et on appellera cela *autoplastie* proprement dite, ou *anaplastie;* ou l'emprunt est fait à des parties appartenant à un autre animal, ou sur l'individu lui-même, mais dans une région très-éloignée de celle sur laquelle on doit agir, et on nommera cela plus précisément *étéroplastie.*

Nous nous sommes habitués à employer le mot autoplastie pour désigner toutes les opérations tendant soit à fermer des ouvertures anormales, soit à réunir simplement des parties qui se trouvent accidentellement séparées, soit à reconstituer entièrement des organes. Ainsi, qu'on forme un nez ou une paupière détruits par une cause quelconque, qu'on réunisse le voile du palais ou une lèvre divisée, ce sera toujours une opération autoplastique. Ceci étant, il s'ensuit qu'il faut distinguer plusieurs espèces de ces opérations elles-mêmes, en les désignant par des noms appropriés.

Avant d'entrer dans cette énumération, permettez-moi de vous dire que toute opération autoplastique serait inexécutable sans l'emploi de la suture : ce moyen est de la dernière nécessité; sans lui, pas d'autoplastie possible. D'après cela, il vous sera facile de concevoir combien était irrationnelle l'aversion qu'avaient contre la suture en général certains chirurgiens d'un

grand mérite du siècle dernier, et entre autres le célèbre Louis, qui la repoussait même pour l'opération du bec-de-lièvre, où elle donne, comme vous savez, de si beaux résultats. Cette prévention était vraiment injuste. Que diraient ils s'ils nous voyaient employer ce moyen de réunion si fréquemment ? Que dis-je ! il est même heureux, pour les résultats de nos différentes opérations, que nous ayons à notre disposition plusieurs espèces de sutures. Ainsi, la suture entortillée, pratiquée par des épingles et du fil, est très-commode dans certaines circonstances ; les parties qu'on réunit par elle ne sont pas exposées à être coupées comme lorsqu'on les réunit par du fil simple : c'est elle qu'on emploie si heureusement dans l'opération du bec-de-lièvre ; pourtant elle n'est pas applicable à certains cas où la suture simple convient mieux, comme, par exemple, la staphyloraphie. En outre, il y a des cas où ces sutures ne suffisent pas non plus, et il faut avoir à sa disposition des moyens de réunion plus solides et qui agissent énergiquement sur les parties profondes sans les exposer ; telle est la suture entortillée, qu'on emploie généralement dans la périnéoraphie et dans la réunion des plaies de l'abdomen.

J'ai eu, je peux m'en flatter, le premier l'idée d'appliquer à la réunion du périnée cette espèce de suture, après avoir vu que tous les autres moyens employés avant moi dans ce but avaient échoué.

Vous comprenez donc de ce peu de mots quelle utilité a dû apporter la suture avec toutes ses espèces dans les opérations chirurgicales en général, et particulièrement dans les opérations d'autoplastie, qui, sans elle, je le répète, seraient absolument impossibles.

Le champ de l'autoplastie s'étant étendu dans ces derniers temps, comme vous venez de voir, il a fallu nécessairement imaginer des procédés différents applicables aux circonstances. Voici ces différents procédés : On distingue : 1° une autoplastie dite par simple rapprochement des parties qui, étant très-mobiles et élastiques, peuvent facilement se rapprocher et être maintenues réunies : tel est le procédé autoplastique à l'aide duquel on opère le bec-de-lièvre, on réunit le voile du palais, le périnée, etc. Ici les parties sont organisées de manière à se réunir très-facilement lorsqu'on les met en contact par le genre de suture qui leur convient ; et l'on est fort étonné que M. Dieffenbach, cet habile chirurgien, qui a beaucoup fait pour l'autoplastie, ait cru nécessaire de proposer des incisions longitudinales sur les côtés de la suture elle-même dans les opérations de la staphy-

loraphie et de la périnéoraphie. Nous les croyons parfaitement inutiles dans l'immense majorité des cas.

2° Autoplastie par extension forcée des parties. — Il y a des cas où il ne suffit pas de tirer les parties séparées l'une vers l'autre pour qu'elles se rapprochent; il faut exercer sur elles un certain tiraillement et les maintenir dans cet état le temps nécessaire : sans cela la réunion n'aurait pas lieu. C'est ainsi, par exemple, que dans le cas de bec-de-lièvre double avec tubercule moyen, si on veut réunir les deux parties de la lèvre par une seule suture en faisant disparaître le tubercule, on n'y parviendra pas sans exercer sur les parties mêmes une extension plus ou moins forte. C'est là le procédé autoplastique dont nous parlons.

3° Il y a des cas où, indépendamment de l'extension forcée des parties, il est nécessaire de faire des incisions latérales, des dissections plus ou moins étendues sur leur face profonde, comme il arrive dans les cas de division de voile du palais avec écartement des os palatins, où la staphyloraphie simple et ordinaire ne suffirait pas; et il faut y joindre de chaque côté de la suture des incisions qui permettent de rapprocher les parties. De même, dans le cas de cancer de la lèvre inférieure d'une certaine étendue, dont l'enlèvement amènerait une perte de substance considérable à la lèvre, il faut détacher celle-ci de la mâchoire inférieure, où elle adhère, et alors elle peut s'allonger, prêter à une réunion convenable. C'est ici qu'entreraient avec avantage les incisions proposées par M. Dieffenbach. Ceci constitue un troisième procédé autoplastique.

4° Autoplastie par la formation de bourgeons charnus et d'un tissu nouveau. — Vous savez que sur une plaie quelconque, principalement celles qui se réunissent par seconde intention, il se développe des granulations, des espèces de bourgeons qu'on appelle improprement charnus, et qui, se réunissant et s'organisant, forment peu à peu ce qu'on nomme le tissu inodulaire et cicatriciel des plaies. Ce tissu, qui, avec le temps, devient très-dur et peu extensible, est pourtant capable d'un grand allongement quand il est soumis, encore jeune, à l'action de causes mécaniques. Il y a encore des chirurgiens qui ont mis cette propriété du tissu inodulaire à profit pour parvenir à réparer certaines parties. Cette idée, quoique bonne, fut exagérée par la personne qui la conçut le premier, et qui est un chirurgien américain. Dans un ouvrage récent d'un autre chirurgien de cette nation, j'ai trouvé un procédé de staphyloraphie fondé sur ce principe, et qui paraît avoir produit un bon résultat. Voici le cas suivi de succès. Un homme portait à la voûte palatine une ouverture

assez considérable. Le chirurgien détacha d'un côté de l'ouverture les tissus mous par une incision semi-ovalaire pratiquée sur ceux-ci à une certaine distance de l'ouverture même, et attendit que des bourgeons charnus et un tissu de nouvelle formation se fussent développés dans l'intervalle : alors la même opération fut faite de l'autre côté. Lorsque ce tissu nouveau fut bien développé tout autour de l'ouverture à boucher, il essaya de rapprocher les bords des parties molles; ce qui fut très-facile à l'aide d'une légère traction. Il maintint ces bords réunis par quelques points de suture, et la réunion s'opéra parfaitement au bout du temps convenable. Le trou du palais resta ainsi complètement bouché. C'est là, certes, un beau succès, qu'on pourra utiliser dans certaines circonstances ; mais, encore une fois, il faudra se garder d'en exagérer les applications.

5° Autoplastie par dédoublement des parties.— Dans certaines régions, les tissus sont susceptibles d'être dédoublés, et par là susceptibles d'une étendue plus grande qu'à l'état normal. Il m'est arrivé de l'appliquer une fois, il y a vingt ans, sur une jeune fille chez qui un cancer avait détruit le nez, la lèvre supérieure et une grande partie de la joue, et sur laquelle j'ai pratiqué plusieurs opérations autoplastiques diverses. Après avoir réparé dans la plus grande partie cette hideuse difformité, il me restait une ouverture à fermer dans la joue : l'idée me vint de dédoubler la joue même ; mais cette tentative échoua. J'y parvins par un autre moyen, comme peut-être aurai-je l'occasion de vous le dire plus tard : retenez seulement que ce procédé par dédoublement peut être employé utilement dans certaines circonstances particulières.

6° Autoplastie par emprunt. — C'est ici l'autoplastie véritable dans toute sa pureté. Vous savez probablement que cette autoplastie porte trois noms différents, selon la nation chez laquelle la méthode a pris naissance : ainsi, il y a la méthode indienne, l'italienne et la française. Il est bien étonnant qu'une semblable méthode ait pu prendre naissance chez des peuples à demi barbares, où la lumière des sciences n'avait presque pas pénétré ; et pourtant c'est un fait que, dans ces pays sauvages, on était arrivé à réparer, à reconstituer le nez, partie qui, comme vous savez, par un usage vraiment barbare, était souvent retranchée dans ces contrées. Cette méthode consiste à tailler un lambeau convenable sur la peau du front, et, en le faisant pivoter sur lui-même, à le rabattre sur les os du nez pour reconstituer cet organe. C'est ainsi qu'on procède encore actuellement dans cette opération autoplastique qu'on appelle rhinoplastie. Ce qu'on fait au nez, on peut le faire pour d'autres parties. Donc cette méthode

consiste à emprunter aux parties voisines un lambeau approprié au besoin, et à en faire l'application sur le lieu qui est le siége de la partie à restaurer.

La méthode italienne consiste à prendre le lambeau sur un point du corps éloigné de celui où on veut faire l'autoplastie, et à l'appliquer sur celui-ci, afin qu'il s'y greffe, en le séparant après de la partie qui l'a fourni. Tagliacozzi, chirurgien de Bologne, l'employait pour la reconstitution du nez, en empruntant le lambeau à la peau d'un des bras. Il a réussi au point qu'on a représenté ce praticien avec un nez à la main. Cette méthode pourtant est due à un autre chirurgien du même pays, qui a écrit un petit ouvrage sur ce sujet : c'est Branca.

J'eus aussi, moi, l'idée de l'employer sur la jeune fille dont je vous parlais tout à l'heure pour fermer l'occlusion de la joue : je voulus emprunter un lambeau à la main ; mais malheureusement la jeune personne ayant fait des mouvements, l'opération ne réussit pas, et j'ai dû aviser à un autre moyen.

Enfin, la méthode française est l'autoplastie par glissement, en portant les lambeaux qu'on a empruntés d'un point sur l'autre sans torsion du pédicule. Cette méthode, on peut le dire, était déjà connue dans la science avant qu'on pensât à l'appliquer à l'autoplastie. Ainsi, déjà Chopart, dans un cas de perte de substance produite sur la peau du menton par l'enlèvement d'un vaste cancer de la lèvre inférieure, pour restaurer cette partie, avait pensé à détacher un lambeau à la région hyoïdienne et à le faire glisser sur le menton. C'est de là que vient, je crois, l'idée-mère de cette méthode.

Parmi tous les procédés d'autoplastie énumérés, il y en aurait un dernier qu'on pourrait appeler de reconstitution entière des organes, lorsque, par exemple, on réunirait un doigt ou un nez qui ont été détachés par une cause violente quelconque. Les livres citent des cas de ce genre, et les donnent comme authentiques; quant à moi, je ne prononcerai pas sur leur mérite, ni par conséquent sur la possibilité ou non de cette sorte d'autoplastie. Je me borne à vous la citer pour ne pas commettre une omission.

En mettant de côté tout orgueil national, on peut bien soutenir que les Français ont eu une large part dans le perfectionnement et l'avancement de cette belle branche de la chirurgie moderne. Ce mouvement date surtout de 1814, lorsqu'un chirurgien anglais voulut faire revivre la rhinoplastie ou reconstitution du nez. Ce fut là, pour ainsi dire, le point de départ du progrès, et, chose singulière, la rhinoplastie resta à peu près

telle qu'elle était à cette époque, pendant que toutes les autres espèces ou formes d'autoplastie se perfectionnèrent d'une manière étonnante. Il faut pourtant rendre justice aussi aux autres nations, qui contribuèrent toutes, les unes plus, les autres moins, à cette grande œuvre : ainsi, nous citerons les Anglais, les Américains, les Italiens, les Allemands principalement, dont les illustres chirurgiens Graefe et Dieffenbach firent en cette matière de si belles choses ; les Espagnols même, nation très-intelligente, mais qui jusqu'à ces derniers temps resta dans sa paresse et étrangère au mouvement statistique, payèrent leur tribut à la science sous ce rapport, car un de leurs compatriotes, M. Hera, professeur de chirurgie à Madrid, a publié tout récemment une bonne monographie sur la blépharoplastie, ou restauration des paupières.

Il nous reste maintenant, pour terminer ces généralités, à dire quelques mots sur les règles à suivre dans les procédés mêmes d'autoplastie que nous avons exposés : c'est ce que nous ferons dans un prochain numéro.

(La suite à un prochain numéro.)

---

11. *Études cliniques sur les maladies de la cornée;* par le docteur TAVIGNOT.

(Suite et fin : *voir* t. 153, mai 1845, p. 67 ; t. 154, juin, p. 103.)

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, juin 1845.)

§ VII. *Kératite séreuse.* — C'est l'inflammation de la membrane qui tapisse la face postérieure de la cornée ; elle constitue l'hypopion vrai des auteurs. (Wardrop.)

Causes. — Toutes les lésions traumatiques de la cornée peuvent être suivies d'une inflammation de la séreuse post-cornéale ; cependant cette inflammation survient plus souvent lorsque toute la cornée a été intéressée par la cause vulnérante. Le voisinage d'un abcès, d'un dépôt plastique, d'une pustule, qui tendent à se faire jour vers la chambre antérieure de l'œil, produit parfois la kératite séreuse. Mais cette maladie résulte bien plus fréquemment des progrès d'un ulcère qui, après avoir envahi progressivement toute l'épaisseur de la cornée, arrive directement sur la séreuse, l'enflamme et amène sa suppuration. J'ai vu également la cautérisation de l'ulcère, pratiquée dans le dessein d'arrêter ses progrès, produire une eschare trop profonde, et être suivie bientôt de kératite séreuse. Après l'opération de la cataracte par abaissement, le cristallin ou l'un de ses fragments peut passer dans la chambre antérieure, enflammer par sa présence la cornée,

et produire un abcès : dans ce cas, le pus se mélange au cristallin et lui donne un aspect tout particulier. Enfin, il n'est pas rare de voir l'inflammation de la face postérieure de la cornée débuter en même temps qu'une kératite purulente ou plastique ; il semble alors que les différents éléments qui composent la cornée ont été envahis tous en même temps.

Inspection. — On aperçoit derrière la cornée, lorsqu'elle est restée transparente, un épanchement de pus situé dans la partie inférieure de la chambre antérieure de l'œil : sa forme est semi-lunaire comme l'espace qu'il occupe ; sa coloration d'un blanc laiteux. En regardant de côté, il est aisé de reconnaître que la cornée ne contient pas la matière purulente, et que celle-ci est en contact en arrière avec l'iris et en avant avec la séreuse post-cornéale. Au fur et à mesure que la sécrétion augmente, le pus s'élève de plus en plus, conservant toujours une sorte de niveau horizontal ; arrivé à l'ouverture pupillaire, il contracte des adhérences avec le petit cercle de l'iris, passe quelquefois dans la chambre postérieure, où il produit de nouveaux désordres. Ainsi, le mal faisant toujours des progrès, la chambre antérieure et la chambre postérieure peuvent être occupées en totalité par le produit nouveau.

La matière purulente est ordinairement fixe et ne se déplace pas par les mouvements de la tête ; quelquefois cependant, surtout au début, il n'est pas très-rare de voir flotter libres quelques flocons de pus concret au milieu de l'humeur aqueuse de la chambre antérieure. J'ai également observé, comme mélangée avec le pus, une matière grise, noirâtre, analogue à un petit caillot sanguin, dont on ne connaissait pas toujours bien l'origine.

Symptômes. — L'œil est douloureux, surtout à la première période de la maladie ; il est le siége d'un sentiment de pression, de distension, qui s'irradie dans les différentes branches de la cinquième paire. Le globe lui-même ne semble pourtant pas plus dur à la pression, la cornée n'est pas plus saillante, le pus n'occupant que la place de l'humeur aqueuse résorbée. Il n'existe pas de photophobie, les mouvements de l'iris sont en général lents et incomplets, même en l'absence d'iritis. La pupille est souvent irrégulière, et la capsule cristalline antérieure, pour peu que l'hypopion augmente, ne tarde pas à perdre peu à peu de sa transparence, à contracter des adhérences avec l'uvée, etc. Au milieu de ces désordres, la vision reste subordonnée au niveau qu'occupe l'épanchement, à la grandeur de la pupille, à la transparence de la capsule cristalline.

Complications. — Les kératites purulente, plastique, éruptive,

ulcéreuse, peuvent exister en même temps que la kératite séreuse, et y joindre leurs symptômes. L'hypopion peut être compliqué également de conjonctivite catarrhale ou purulente, d'iritis, de périphakite, de cyclite, de fistule de la cornée, de prolapsus de l'iris; il peut se rencontrer alors, comme conséquence, des douleurs beaucoup plus vives et plus étendues, un larmoiement abondant, une photophobie opiniâtre.

Marche et terminaisons. — Ordinairement le pus contenu dans la chambre antérieure n'y séjourne pas très-longtemps : ou bien il est résorbé, ou il produit des accidents divers. La résorption, surtout lorsqu'elle est favorisée par des moyens appropriés, ne se fait, en général, pas attendre longtemps lorsque l'épanchement n'occupe que le tiers inférieur de la chambre antérieure de l'œil; elle est beaucoup plus longue au contraire, même d'une manière relative, lorsque le pus occupe les trois quarts ou la totalité de l'espace compris entre l'iris et la cornée. Le pus contracte alors des adhérences au bord pupillaire, à l'iris, à la capsule antérieure, et il ne disparaît ensuite que fort lentement, quand il disparaît. La séreuse cornéale, une fois l'hypopion dissipé, recouvre difficilement toute sa transparence première, elle reste toujours un peu terne, opaline, et est ainsi une cause d'obstacle à la vision.

Mais la kératite séreuse ne se termine pas toujours aussi heureusement. La présence du pus qui baigne la cornée l'irrite, l'enflamme, amène sa suppuration, son ramollissement, et une large trouée se forme pour donner issue au pus. Ce qui reste de la cornée se répare ensuite, se cicatrise; mais un large leucoma s'ensuit. L'iris est venu s'engager dans l'ouverture cornéale; il n'y a plus de chambre antérieure, plus de pupille; l'œil est perdu à tout jamais. Fort heureusement il n'en est pas toujours de la sorte : l'ulcération de la cornée se fait quelquefois à sa partie inférieure; elle peut être peu étendue, ne pas compromettre la transparence des portions voisines, s'oblitérer bientôt, et si l'iris est venu faire hernie par l'ouverture accidentelle, il peut n'avoir contracté que de faibles adhérences qui cèderont bientôt à la reproduction d'une nouvelle quantité d'humeur aqueuse.

Traitement. — Il faut combattre d'abord l'inflammation par des antiphlogistiques généraux et locaux, faire prendre du calomel additionné d'opium jusqu'à l'établissement de la salivation; plus tard, administrer, de trois jours l'un, des purgatifs. Des vésicatoires, ou même un séton à la nuque, pourront aussi être indiqués dans quelques cas. Dès le début de la kératite séreuse, il faut faire faire aux environs de l'orbite des frictions avec l'extrait de belladone, dans le but de dilater la pupille, de s'opposer

à son oblitération, si elle contractait quelque adhérence anormale, et afin aussi d'éviter autant que possible la hernie de l'iris, s'il survenait une perforation de la cornée. Mais, à supposer que, nonobstant l'emploi de ces moyens, l'hypopion persiste, est-il bon de recourir à la paracentèse de l'œil, en donnant une issue au pus par une incision faite à la cornée? Cette méthode de traitement nous paraît mauvaise. En effet, l'absorption, suffisamment activée par le chirurgien, peut suffire à faire disparaître l'épanchement, et puis l'incision elle-même de la cornée ne permet guère d'évacuer un pus devenu concret et adhérent. C'est donc une opération pratiquée en pure perte et qui fait au malade plus de mal que de bien, comme cela résulte de mes observations.

IIe SECTION. — *Des kératites chroniques.*

Kératites chroniques. — Les maladies chroniques de la cornée n'ont été jusqu'aujourd'hui étudiées que d'une manière fort incomplète, à quelques exceptions près, sur lesquelles plusieurs auteurs se sont particulièrement appesantis. Deux difficultés principales en sont cause. — En passant à l'état chronique (et elles peuvent presque toutes plus ou moins revêtir cette forme), les diverses espèces de kératites aigües tendent incessamment vers un type en quelque sorte commun; alors les caractères différentiels s'effacent de plus en plus, ou disparaissent même complètement. — Les affections de la cornée à l'état chronique sont rarement aussi simples qu'à l'état aigu; d'où des difficultés pour l'examen de l'œil et pour la description des lésions qui existent.

Ajoutons à cela qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître les limites de l'état aigu et de l'état chronique dans les kératopathies. Telle kératite sera évidemment aigüe par la forme, tandis que sa marche sera cependant chronique; ou bien telle autre, essentiellement chronique pour la forme et pour la marche, sera néanmoins compliquée, de temps en temps, d'une inflammation intercurrente qui viendra changer à peu près complètement l'aspect primitif de l'état pathologique.

Voilà, en abrégé, les difficultés capables d'embarrasser un classificateur, quelque précis et méthodique d'ailleurs qu'il s'efforce d'être, en restant dans les limites de l'exactitude. — Aussi avons-nous bientôt reconnu ces difficultés, et, en limitant à trois espèces seulement les kératites chroniques, nous n'avons pas eu la prétention d'indiquer toutes les nuances, ni même de décrire toutes les variétés d'affections chroniques de la cornée que le praticien pourra journellement rencontrer.

§ I. *Kératite plastique.* — On la reconnaît à une teinte opaline, générale ou partielle, de la cornée existant depuis longtemps.

Causes. — Cette maladie peut se rencontrer à toutes les époques de la vie ; mais elle est incontestablement plus fréquente dans le jeune âge. Elle se montre fréquemment chez les femmes mal menstruées ; quelquefois elle débute primitivement, d'autres fois elle ne se développe que consécutivement à d'autres inflammations de l'œil : souvent elle revêt tout d'abord la forme chronique ; mais il n'est pas rare non plus de la voir produite par une kératite aigüe. D'une manière générale, on peut dire que la kératite plastique chronique a une origine fort obscure.

Inspection. — La cornée a perdu sa transparence, soit en totalité, soit en partie. Le plus ordinairement, son centre est envahi avant sa circonférence par une opacité siégeant entre ses lames ; sa coloration est d'un blanc opalin, quelquefois grisâtre, d'autres fois comme noirâtre. A un degré moins avancé, la transparence de la cornée n'est pas complètement abolie, il semble seulement qu'un léger nuage demi-transparent l'obscurcisse ; on peut souvent comparer ce nuage à de l'eau teinte à peine par la dissolution de savon. La suffusion plastique est alors presque générale. — Il y a une autre forme de la maladie dans laquelle les dépôts opalins sont disséminés à quelque distance les uns des autres et séparés par des portions à peu près saines de la cornée. Rarement on observe la déformation du globe oculaire ; cependant il peut arriver qu'à la longue, et par les progrès du mal, la cornée se ramollisse plus ou moins et présente une légère conicité. — Quoi qu'il en soit, cette opacité se manifeste à ses différents degrés, sans se compliquer d'une vascularisation appréciable.

Symptômes. — Les symptômes dépendent entièrement de l'obstacle que l'opacité de la cornée apporte à la vision ; et comme, le plus fréquemment, la pupille se trouve masquée par les dépôts opalins de la cornée, la vue est diminuée ou tout à fait perdue. Il est rare que le malade accuse de bien vives douleurs dans l'œil malade, et ordinairement il n'y a ni larmoiement ni photophobie.

Marche et terminaisons. — La kératite plastique chronique a une tendance très-grande à se porter d'un œil sur l'autre pour revenir quelquefois ensuite au premier. Sa durée n'a pas de limites même approximatives ; elle peut se prolonger en quelque sorte indéfiniment sans pour cela changer sensiblement de caractères. — J'ajouterai qu'il est bien rare que l'on puisse espérer une guérison parfaite, car, le plus souvent, ou il reste sur la cornée des stygmates indélébiles, ou même l'opacité persiste telle qu'elle était à son début. Cependant l'opacité peut diminuer

sensiblement et ne laisser qu'un léger nuage de la cornée, d'autant moins susceptible de résorption que le sujet sera plus avancé en âge. — Il y a des cas dans lesquels la matière épanchée tend à se faire jour au dehors en produisant une perte de substance; l'ulcération qui en résulte devient alors plus promptement curable par les moyens que nous avons indiqués plus haut.

Complications. — La kératite plastique chronique est fréquemment entravée dans sa marche par les complications qu'elle fait naître. La kératite aiguë sous ses différentes formes, la conjonctivite, l'injection radiée péricornéale, etc., se rencontrent en effet assez souvent, et, s'ajoutant à la maladie première, elles font naturellement varier sa symptomatologie.

Traitement. — Il faut favoriser la résorption du produit épanché; une médication altérante et résolutive est donc indiquée. Nous renvoyons pour plus de détails au traitement de la kératite vasculaire chronique interstitielle.

§. II. *Kératite vasculaire.* — Nous en distinguons deux espèces : l'une, superficielle, développée dans la conjonctive cornéale; l'autre, plus profonde, ayant pour siége les lames de la cornée.

Kératite vasculaire conjonctivale. — Elle se reconnaît à la présence de vaisseaux plus ou moins nombreux qui rampent à la surface de la cornée sans avoir de tendance à disparaître.

Causes. — Se rencontrant à toutes les époques de la vie, et aussi bien chez les hommes que chez les femmes, elle reconnaît elle-même pour origine toutes les causes qui peuvent produire des conjonctivites, des kératites, etc. Et souvent, en effet, une phlegmasie, soit aiguë, soit chronique, de la conjonctive et de la cornée peut amener la vascularisation de la muqueuse cornéale. Ainsi, la conjonctivite scléroticale se prolonge-t-elle pendant quelque temps, on peut voir les vaisseaux qui avoisinent la circonférence de la cornée empiéter peu à peu sur cette membrane, et finir souvent par gagner sa partie centrale. Existe-t-il, au contraire, un ulcère de la cornée, il n'est pas rare également de constater, après quelque temps, à son pourtour, les rudiments d'une vascularisation superficielle qui peuvent s'étendre du centre à la circonférence de la cornée, et persister ensuite fort longtemps. De plus, nous avons émis déjà l'opinion que la kératite vasculaire conjonctivale pouvait être déterminée par un engorgement inflammatoire du cercle ciliaire, ayant pour conséquence d'entraver la circulation sanguine de l'iris et d'amener par suite une dilatation exagérée des petites artérioles du système ciliaire, qui naissent avant le cercle ciliaire pour se rendre à la partie antérieure et superficielle de la sclérotique, et venir se perdre dans la

cornée. Les corps étrangers restés implantés pendant un temps notable dans la cornée, mais surtout le frottement de granulations palpébrales, produisent habituellement la vascularisation de la conjonctive cornéale ; les granulations qui siégent dans le sillon oculo-palpébral, ou sur la conjonctive oculaire, n'ont pas ce résultat. J'ai d'ailleurs observé, mais seulement à titre de faits exceptionnels, des sujets dont les muqueuses palpébrales étaient farcies de granulations depuis longtemps, et qui néanmoins n'étaient nullement affectés de kératite vasculaire. Les personnes placées habituellement devant le feu des forges, des fourneaux, etc., ou bien encore exposées à des courants d'air froid, y sont plus prédisposées que les autres. Enfin, nous ajouterons qu'un malade affecté de kératite vasculaire aiguë est, par ce fait seul, très-exposé à avoir une kératite vasculaire chronique. Il sera aussi bien plus aisément atteint d'une kératite vasculaire chronique si déjà il a contracté une première fois cette affection.

Inspection. — Dans l'état de simplicité de la maladie, la transparence de la cornée n'est obscurcie que par la présence des vaisseaux; sans eux elle conserverait à peu près sa diaphanéité normale. Cependant il n'en est pas toujours ainsi, et soit par le fait de quelque ulcération, soit par le dépôt de matière plastique, il existe souvent un obscurcissement partiel de cette membrane ; dans ces cas, les vaisseaux vont ordinairement se rendre en plus grande quantité là où existe l'altération organique dont nous parlons. Il est assez commun également de trouver la cornée plus saillante, plus bombée que d'habitude; ce qui semble indiquer un ramollissement coexistant de son tissu. Alors la chambre antérieure paraît naturellement plus profonde, et l'iris plus éloigné de la face postérieure de la cornée. Les vaisseaux offrent à l'observateur des dispositions infiniment variées que nous allons essayer d'indiquer d'une manière générale. A. Ils se sont développés sur place, c'est-à-dire qu'ils sont nés sur la cornée même et ne se sont étendus que plus tard vers ceux de la sclérotique. B. Ils ne sont qu'un prolongement des vaisseaux de la muqueuse scléroticale, avec lesquels ils se continuent encore d'une manière directe. Souvent il suffit d'un ou de deux vaisseaux ayant cette origine pour vasculariser à un haut degré toute la cornée : c'est qu'en effet, en arrivant dans la conjonctive cornéale, le tronc primitif se divise dichotomiquement en une infinité de petites branches qui se répandent dans tous les sens. C. Ils naissent des vaisseaux ciliaires de la sclérotique, devenus assez superficiels au niveau de la cornée pour se prolonger pathologiquement sur sa surface.

Quoi qu'il en soit de ces modes différents de génération vasculaire, toujours est-il que ces vaisseaux sont communément situés de façon qu'il est possible de les déplacer à l'aide d'un stylet mousse. Il n'est pas exact de croire, avec Travers, que les vaisseaux sont toujours accompagnés d'une traînée opaline, puisque le plus fréquemment ils reposent sur un tissu parfaitement transparent. Rien de fixe n'est à noter par rapport à leur mode de distribution : ils décrivent des trajets fort irréguliers en s'entrecroisant les uns les autres, comme aussi ils peuvent former des arcades plus ou moins régulières.

Symptômes. — La douleur existe habituellement en rapport avec l'état de la lésion ; cependant la lumière est généralement assez bien supportée par les malades, et le larmoiement est à peu près nul. La vision est naturellement moins parfaite à cause de l'obstacle mécanique résultant de la présence des vaisseaux, et, selon leur quantité, elle peut être seulement diminuée ou tout à fait abolie. Je n'ai jamais rencontré de malades prétendant voir à tous les objets une teinte rougeâtre, comme quelques chirurgiens l'ont avancé un peu par théorie.

Complications. — Elles peuvent être nombreuses : la conjonctivite chronique est la plus fréquente ; les différentes formes de kératite s'observent encore souvent. La cornée a perdu, dans beaucoup de cas, sa diaphanéité normale. Elle est le siége de dépôts plastiques anciens, de leucoma, suite d'ulcère ; elle est recouverte par un ptérygion, etc., etc. Il existe des vaisseaux dans le tissu de la sclérotique, l'iris est affecté. Voilà autant de complications à prévoir, et qui modifient la marche régulière de la kératite vasculaire chronique.

Marche et terminaisons. — Les vaisseaux anormalement développés ont désormais acquis droit de domicile sur la cornée, et si l'on ne fait rien pour les faire disparaître, ils persisteront en quelque sorte indéfiniment. L'œil doté d'un excès de vascularisation est plus prédisposé qu'un autre à contracter des inflammations nouvelles ; aussi est-il très-commun de voir se développer, dans ces circonstances, une conjonctivite suraiguë. La cornée était à peu près transparente aujourd'hui ; demain on la trouve opaline, d'un gris cendré, comme dépolie : il sera survenu, en effet, subitement, et sous l'influence des moindres causes, une kératite aiguë. L'iritis se développe plus rarement ; mais il y a une fâcheuse circonstance : c'est la tendance très-grande que la kératite vasculaire chronique a à récidiver.

Traitement. — Les moyens généraux ne seront jamais négligés toutes les fois qu'il y a à remplir quelque indication spé-

ciale : il pourra être ainsi successivement antiphlogistique, tonique, etc. ; mais, dans tous les cas, on se trouvera bien d'administrer de temps en temps au malade des purgatifs. Son régime, sans être trop sévère, devra être néanmoins surveillé avec quelque attention. Mais tous ces moyens seraient par eux-mêmes fort insignifiants sans le traitement local, réellement efficace.

1° S'il est démontré que la kératite vasculaire dépend d'une cause physique appréciable, il faudra, en premier lieu, chercher à la combattre, enlever un corps étranger, détruire des granulations, etc.

2° Les astringents en collyre sont très-puissants, car ils atteignent directement la partie malade ; mais il faut pour agir que ces collyres soient formulés à dose assez concentrée, autrement leur influence se fait à peine sentir. Ainsi, le nitrate d'argent sera administré une ou deux fois en un jour à la dose de 5 grammes pour 30 grammes d'eau. La réaction assez vive qui se manifeste alors demande à être combattue par des compresses d'eau froide ou d'eau de pavots. On attend plusieurs jours, et quand l'action du médicament paraît épuisée , on renouvelle son application. J'ai employé plusieurs fois ce mode de traitement, et je m'en suis bien trouvé. J'ai également eu recours, dans la kératite vasculaire chronique, à un collyre nouveau que je formule ainsi : teinture de cantharides, 15 gouttes ; eau, 4 grammes ; solution de gomme pour tenir en suspension, Q. S. — Les effets produits sont analogues à ceux du nitrate d'argent ; mais ils paraissent encore plus marqués.

3° On peut également attaquer les vaisseaux par la cautérisation, soit en les touchant en masse, comme le faisait Sanson par sa cautérisation annulaire, soit en s'en prenant successivement à chaque vaisseau, comme le pratique habituellement M. A. Bérard. Cette manière de faire compte certainement beaucoup de succès ; cependant elle n'est pas applicable dans tous les cas, car cette cautérisation se pratique toujours en dehors de la cornée et sur la sclérotique. Or, des vaisseaux ne sont pas constamment assez superficiellement placés pour que le caustique puisse les atteindre. Le caustique n'atteint d'ailleurs pas toujours le but que l'on désire, et tel vaisseau cautérisé reste parfaitement perméable au sang. Quoi qu'il en soit, ces cautérisations nous paraissent avoir, dans tous les cas, un résultat : celui de déterminer dans l'œil une réaction plus ou moins énergique, à l'instar des collyres concentrés ; ce qui paraît en général favorable. Il y a des praticiens qui, s'exagérant sans doute l'influence des granulations sur la production des kératites vasculaires

chroniques, se contentent pour traitement de toucher de temps en temps les paupières avec un crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre, même lorsque l'état granuleux est limité au sillon oculo-palpébral. Les malades peuvent assurément guérir par ce moyen; mais ces cautérisations ne nous paraissent pas agir autrement que le ferait un des collyres dont nous avons parlé.

4° L'excision des vaisseaux, que l'on pratique avec une pince à dents de souris et des ciseaux courbes, est moins usitée aujourd'hui qu'elle ne l'était autrefois; cependant nous avons pratiqué cette petite opération dans plusieurs cas, et elle nous a paru aussi efficace que la cautérisation; elle est plus expéditive et moins douloureuse. Il ne faut pas craindre d'enlever un lambeau même étendu de la conjonctive scléroticale, car la réaction qui survient est en général à peu près nulle. Quelques révulsifs, des compresses d'eau froide souvent renouvelées sur l'œil, une diète lactée, suffisent pour prévenir les accidents. Il faut revenir habituellement plusieurs fois à l'excision, de manière à enlever tous les vaisseaux qui rampent à la périphérie de la cornée. Rien n'est plus simple que cette opération, et elle m'a jusqu'ici paru assez satisfaisante pour lui donner la préférence sur la cautérisation.

Kératite vasculaire interstitielle.— Causes.—Elle est rarement primitive; on la voit le plus souvent se développer à la suite d'une kératite plastique, soit aiguë, soit chronique: les plus ordinaires sont donc celles de ces deux affections.

Inspection.—Au début, la vascularisation du tissu de la cornée est à peine sensible, car, ou elle est peu étendue, ou elle se trouve masquée par les produits de la lymphe plastique qui l'environnent; mais plus tard, et au fur et à mesure que ceux-ci sont résorbés, les vaisseaux deviennent plus évidents. Ils sont en général nombreux, très-fins, et ils forment une sorte d'intrication peu susceptible de description. Ils paraissent exister souvent à l'état d'isolement et sans communication apparente avec le système ciliaire; mais il arrive fréquemment qu'après quelque temps ils s'abouchent par une ou plusieurs branches avec les artères ciliaires qui rampent dans la sclérotique, et ils restent naturellement étrangers au système artériel de la conjonctive.

Symptômes. — Le trouble de la vision est habituellement plus grand que dans la kératite vasculaire conjonctivale, à cause des dépôts albumineux dont nous avons parlé. La douleur est en général peu intense, le larmoiement et la photophobie presque

nuls ; cependant, s'il existait une injection radiée péricornéale, alors se rencontrerait l'horreur de la lumière.

Marche et terminaisons. — Cette maladie dure des années entières sans changer beaucoup d'aspect, quelquefois en faisant encore des progrès. Elle est donc de sa nature essentiellement stationnaire, et elle se continue en quelque sorte indéfiniment sans changer de type primitif. Il y a néanmoins dans sa marche quelques alternatives de mieux et de pis : ainsi, l'opacité cornéenne est-elle en voie de résolution, il se développera bientôt après une nouvelle kératite plastique chronique qui fera perdre en peu de temps ce que le malade avait gagné après une longue attente. Dans les cas les plus heureux, l'épanchement se résorbe, les vaisseaux s'atrophient peu à peu, et la cornée recouvre une demi-transparence qui, pour avoir encore quelque chose de louche, n'en est pas moins précieuse pour le malade.

Complications. — La conjonctivite chronique, l'opacité complète ou partielle de la cornée, la vascularisation de la conjonctive cornéale, l'injection radiée, la kératite ulcéreuse, l'iritis, peuvent également se rencontrer ici ; mais cependant il est plus fréquent de voir cette maladie exister en l'absence de ces diverses complications.

Traitement. — Il ne faut guère songer à mettre en usage dans la kératite vasculaire interstitielle les moyens locaux que nous avons trouvés si efficaces dans la kératite vasculaire conjonctivale. Comment en effet pourrait-on atteindre les vaisseaux ? il faudrait intéresser le tissu de la cornée. Et encore si ces vaisseaux avaient un tronc, une origine quelconque, peut-être pourrait-on agir sur un point donné ? Mais non : ils se rencontrent disséminés sur une grande surface, et ils n'ont que de rares communications avec le système vasculaire de la sclérotique. Il faut donc s'abstenir de collyres astringents, de cautérisation, d'excision ; les moyens généraux seuls nous restent, et quel que soit leur peu d'efficacité, il n'en faut qu'insister davantage sur leur emploi, puisqu'ils constituent notre seule ressource. L'état lymphatique ou scrofuleux, la tendance à la chlorose, à l'aménorrhée, ou à la dysménorrhée, seront, par rapport à l'affection oculaire, avantageusement combattus par les moyens appropriés ; l'état pléthorique, traité par de petites saignées, répétées de temps en temps, rendra plus facile la résorption des plastiques, et hâtera ainsi l'atrophie vasculaire ; enfin, il faudra de temps en temps, aussi dans le même but, administrer des purgatifs, soumettre le malade à un régime sévère, de plus, entretenir un vésicatoire à la tempe ou derrière les oreilles ; quelquefois un séton à la nuque deviendra indispensable.

11. *Leçons sur les maladies des yeux;* par M. Pajot. — Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

(Suite et fin : voir t. 145, septembre 1844, p. 112; t. 153, mai 1845, p. 82; t. 154, juin, p. 116.)

(Gazette des Hôpitaux, Nos 64, 67 et 71.)

Au n° 17 de la salle Sainte-Vierge est couché un homme affecté d'une iritis qui, bien que n'étant pas franchement aiguë, peut cependant servir à reconnaître les caractères principaux de cette inflammation. Ce malade éprouve, en effet, des douleurs de tête fixées au côté correspondant à l'œil malade ; ces douleurs ont quelque chose de névralgique. Il y a de la photophobie et de l'épiphora qui ne sont pas en rapport avec l'intensité du mal ; la pupille est déformée et immobile ; la coloration de l'iris est modifiée : ce sont là les principaux signes sur lesquels nous avons insisté.

Après avoir fait connaître notre thérapeutique de l'iritis, il nous faut dire un mot des autres médications qui ont été successivement employées.

En dehors des émissions sanguines et du calomel, des moyens de toutes sortes ont été proposés contre l'iritis, et surtout des médicaments dits spécifiques dont nous apprécierons bientôt la valeur. On a voulu d'abord administrer contre l'iritis l'huile de térébenthine; on en a fait prendre à la dose de 30, 40, 50 grammes par jour : c'est véritablement un remède atroce, contre lequel l'estomac se révolte avec énergie, et qui produit chez presque tous les malades des vomissements, de la diarrhée, des coliques, en un mot, une perturbation extrême et même dangereuse. Elle peut réussir sans doute à cause de la vivacité de la révulsion qu'elle opère ; mais nous ne savons, en vérité, s'il ne vaudrait pas mieux être affecté d'une iritis que de s'exposer à une révolution générale aussi considérable et qui secoue aussi violemment tout l'organisme. Pour notre compte, nous ne voudrions pas conseiller de prendre un tel médicament.

Les purgatifs répétés ont été vantés aussi ; nous les avons essayés, et nous n'en avons pas été satisfait. La révulsion qu'ils occasionnent ne nous a pas paru assez constamment avantageuse pour nous décider à en faire usage. Le mieux qui suit leur emploi nous a toujours semblé se faire trop attendre. D'ailleurs, comme leur action prolongée n'est pas non plus innocente, nous croyons qu'on fera sagement de les prescrire seulement alors qu'il ne sera pas possible de recourir à une autre médication.

Quant aux boissons astringentes conseillées par quelques per-

sonnes, le cachou, la gomme kine, le simarouba, elles n'ont véritablement point d'efficacité.

En définitive, nous pouvons affirmer qu'à part les émissions sanguines et le calomel, jusqu'à présent aucune médication ne s'est montrée à nous douée d'effet réellement salutaire ; et comme, après tout, le sel mercuriel n'a pour inconvénient que la salivation, facile à gouverner à son gré, à modérer dès qu'on le juge convenable, nous avouons nous en tenir là jusqu'à ce qu'on ait trouvé quelque chose de mieux.

Ici se borne ce que nous voulions dire du traitement de l'iritis aiguë franche : il est nécessaire maintenant de nous occuper des iritis spécifiques, bien que déjà nous ayons dit quels étaient nos motifs pour ne pas les admettre, à l'exception d'une seule. Ces iritis, dites spécifiques, ont besoin d'être étudiées : d'abord, parce qu'on en a beaucoup parlé ; puis afin de ne pas tomber dans une confusion dangereuse en n'employant seulement que des médications qui soient destinées à attaquer le prétendu principe de la maladie.

Ces iritis spécifiques ont d'ailleurs été considérées de deux manières différentes. Les médecins français ne les admettent pas dans le sens où les Allemands les ont envisagées dans ces derniers temps. Pour ces derniers, quand un individu s'offre à eux avec des symptômes d'iritis qui représentent, à leur point de vue, l'infection syphilitique, ils jugent la maladie de l'œil spécifique ; si un autre offre les caractères qu'ils attribuent à l'iritis rhumatismale, ou scrofuleuse, ou scorbutique, pour eux encore l'iritis est spécifique, alors même que le sujet n'aurait jamais été atteint de syphilis, de rhumatisme, de scrofules ou de scorbut.

Pour nous, sur le terrain où nous nous sommes placé en commençant cette histoire de l'iritis, nous n'avons point à combattre cette manière d'apprécier les symptômes de la maladie. Pour nous, tout individu voit les maladies modifiées plus ou moins par sa constitution, et ce fait ne constitue pas la spécificité. Jamais, en effet, un sujet robuste et sanguin ne présentera l'iritis avec les caractères qu'on observera chez un individu faible et débilité, et ainsi pour la constitution scrofuleuse, et ainsi pour toutes les maladies, non de l'œil, mais de tous les organes.

Ceux qui ont adopté les doctrines contraires à celles que nous professons ont assigné à chaque espèce d'iritis, qu'ils appellent spécifique, des caractères matériels auxquels ils prétendent les distinguer : c'est ainsi que l'iritis rhumatismale se reconnaîtrait à une photophobie et à un larmoiement considérables ; dans cette espèce, l'anneau rayonné autour de la cornée serait très-distinct,

la douleur serait plus forte le matin que le soir ; la pupille serait ovoïde de haut en bas. L'iritis syphilitique se reconnaîtrait à une teinte toute particulière : l'iris présenterait une couleur jaunâtre, cuivrée ; la rougeur serait disséminée, les douleurs nocturnes ; la pupille serait déformée de manière à présenter une pointe en dedans et en haut. Dans l'iritis scrofuleuse, le spasme des paupières est considérable, la photophobie et l'épiphora marqués ; la pupille présente un ovoïde dont la pointe est en dehors et en haut. L'iritis arthritique est caractérisée enfin, selon ces oculistes, par le brillant de l'œil, l'état de l'iris, qui paraît lavé, séreux, recouvert d'une sorte d'écume ; la pupille présente son ovoïde en travers.

Enfin, il y aurait encore des signes pour différencier les iritis typhoïde, congestionnelle, nerveuse, laiteuse, scorbutique, et un grand nombre d'autres encore ; car on comprend qu'entré dans cette voie il n'y a aucune raison pour s'arrêter, et qu'on pourrait encore créer des iritis de toutes sortes : par exemple, des iritis pleurétiques, pneumoniques, péritonéales, etc. A vrai dire, il n'y a de réel que l'iritis syphilitique.

Si ces doctrines fussent venues d'hommes considérables en médecine, on conçoit qu'ils auraient dû commencer par démontrer clairement que le rhumatisme dépendait d'un vice particulier, avant d'admettre la spécificité de l'iritis modifiée par ce vice ; or c'est ce qui n'a pas été fait, et même aujourd'hui beaucoup de médecins haut placés n'admettent le rhumatisme que comme une inflammation de certains tissus. Aujourd'hui encore, ils sont peu nombreux les médecins qui reconnaissent les scrofules comme un vice particulier, spécifique, en dehors de la constitution de l'individu. Si donc les médecins ne croient pas, en général, qu'il y ait un virus spécifique dans chacune de ces maladies, que deviennent les iritis spécifiques nées sous leur influence?

Evidemment ceci nous ramène aux doctrines des médecins français qui pensent que l'iritis peut être modifiée par la constitution ou par les maladies actuelles ou antécédentes, mais sans avoir pour cela aucun caractère de spécificité.

Car si l'on supposait un caractère spécifique à l'iritis par cette raison que la constitution la modifie, il faudrait admettre que toutes les maladies sont spécifiques, puisqu'il n'en est aucune qui ne revête quelques signes différents chez les sujets de constitution différente.

D'ailleurs, nous l'avons dit déjà, nous avons trouvé les caractères que les Allemands assignent à l'iritis goutteuse chez des

individus qui n'avaient jamais été affectés de la goutte ; ces iritis ne sont pas très-rares dans les hôpitaux, où nous avons vu à peine deux ou trois goutteux depuis quinze ans. Il faut dire absolument la même chose du rhumatisme : nous avons observé des iritis rhumatismales chez des individus qui n'avaient jamais eu une apparence de rhumatisme.

Nous disons qu'il n'en est pas de même de l'iritis syphilitique. Quand il s'agit d'une iritis de cette espèce, on a environ une chance sur deux de rencontrer juste en accusant le malade qui porte les caractères de cette iritis d'avoir contracté la maladie vénérienne ; puis, comme beaucoup de sujets n'avouent pas ces sortes de maladies, quand bien même ils la nieraient, ce ne serait point toujours une raison pour accepter leur dire. En outre, nous admettons l'iritis syphilitique comme spécifique, parce qu'ici il est démontré que la maladie a sa source dans un virus particulier venu de l'intérieur : aussi disons-nous que nous admettons la spécificité de cette iritis toutes les fois que le sujet aura contracté la syphilis, ou qu'il y aura de fortes raisons pour le soupçonner.

Mais de ce que nous croyons à l'iritis syphilitique comme maladie spécifique, s'ensuit-il nécessairement que les caractères qu'on lui a assignés soient bons ? Nous ne le pensons pas. Nous avons vu des iritis franches présenter ces caractères, et nous avons observé des iritis syphilitiques où ils manquaient. Ainsi la forme de la pupille, qu'on a voulu donner comme un signe de cette iritis, est une illusion, et, en y réfléchissant, cela est même singulier de croire que la syphilis imprimera à l'inflammation de l'iris une marche telle que la pupille devra invariablement affecter plutôt une forme qu'une autre.

Nous n'hésitons pas à le dire, et l'observation nous y autorise : la pupille peut présenter, à la même période de l'iritis, cinq, six, dix formes différentes peut-être ; plus encore, nous ajouterons qu'il est impossible de voir toute espèce de forme prise par la pupille dans la même iritis et chez le même sujet.

Les autres caractères qui ont trait à la coloration dans l'iritis syphilitique ne sont pas, comme les précédents, dépourvus d'une certaine valeur. On le sait, pour la peau elle-même, la syphilis amène une teinte cuivrée spéciale que tous les praticiens reconnaissent. Souvent nous avons examiné si elle ne se rencontrait pas dans l'iritis aiguë, et nous ne l'avons pas trouvée. Mais il y a encore une difficulté provenant de la couleur rousse naturelle de l'iris chez certains sujets, susceptible d'affecter dans l'iritis une teinte cuivrée qui peut faire l'objet d'une méprise.

Il faut ajouter encore que l'iritis chronique présente en général une coloration plus cuivrée que dans les autres cas. Quoi qu'il en soit donc, il est vrai que la coloration de l'iritis spécifique présente quelque chose de particulier.

Quant aux autres caractères assignés aux diverses iritis prétendues spécifiques, il n'y a vraiment pas lieu de s'y arrêter.

La photophobie et l'épiphora intense de l'iritis rhumatismale n'existent qu'à cause d'une complication de kératite ou d'un peu de rétinite, et non comme conséquence du rhumatisme.

Le blépharospasme, l'épiphora et la photophobie de l'iritis scrofuleuse, sont aussi des signes d'ulcérations de la cornée, et non pas d'iritis; car dans l'iritis dégagée de complication on ne rencontre pas ces symptômes.

Il résulte de tout ceci que nous n'admettons d'iritis spécifique que l'iritis syphilitique, et que, par conséquent, nous ne croyons pas qu'il faille employer de médication spécifique contre toutes les autres.

On verra bientôt d'ailleurs que les médicaments employés dans ce but par les oculistes sont fort éloignés d'être de véritables spécifiques. Nous allons examiner la valeur de chacun d'eux, et nous passerons à l'iritis chronique. On pressent que nous avons peu de confiance en ces médications, par cela même que nous n'admettons pas les iritis spécifiques.

Contre l'iritis appelée rhumatismale, quelques oculistes ont vanté comme traitement spécial les émissions sanguines d'abord, puis les préparations de colchique; mais, nous le demandons, les émissions sanguines peuvent-elles donc passer pour un remède spécifique, et est-il si généralement adopté par les médecins, qu'on doive traiter par ces moyens les maladies dont la spécificité est reconnue: est-ce par les émissions sanguines, par exemple, que la majorité des praticiens s'accorde à combattre la syphilis? Nous n'ignorons pas que cette méthode a été proposée; mais toujours est-il que ce n'est pas celle qui est suivie aujourd'hui.

En proposant les préparations de colchique, les oculistes se sont montrés plus conséquents avec leurs principes. Ce médicament a passé pour un spécifique contre le rhumatisme, et il était naturel d'y songer contre l'iritis rhumatismale; aussi ne l'avons-nous pas rejeté tout d'abord et avant de l'avoir expérimenté. Nous avons vu que les préparations de colchique étaient des médicaments fort infidèles, et que la teinture, donnée à la dose de 1, 2, 3, 8 grammes, purgeait quelquefois à la première de ces doses, et d'autres fois qu'il en fallait une beaucoup plus considérable, soit que cela tînt à la préparation, fraîche dans

certains cas, détériorée dans d'autres, ou à l'action du médicament lui-même sur les diverses individualités.

Quoi qu'il en soit, il nous a semblé dépourvu d'action spéciale sur l'iritis. Nous l'avons appliqué à toutes les variétés de la maladie, à l'iritis aiguë, subaiguë, et toujours il nous a paru avoir une action infiniment moins marquée que le calomel employé dans des conditions semblables.

En Angleterre, Carmichaël a proposé l'usage de la térébenthine. Nous avons exposé déjà les raisons qui nous faisaient rejeter ce médicament; nous n'y reviendrons pas. En définitive, nous concluons que, dans tout ce qu'on a proposé comme médication spécifique dans l'iritis rhumatismale, rien n'est à conserver.

Dans l'iritis qu'on a appelée scrofuleuse, il va sans dire qu'on a dû préconiser l'emploi de l'iode. C'est un médicament dont souvent on a obtenu de bons effets dans les scrofules. On l'a donc prescrit, comme l'on devait s'y attendre; mais l'on n'a pas réfléchi d'abord que l'on administrait un médicament dont l'action était lente, tandis que la maladie marchait vite, et qu'il était impossible d'obtenir une action plus prompte en augmentant les doses, parce que l'iode à haute dose devient un poison violent; qu'il fallait donc, par conséquent, se borner à des quantités faibles dont l'effet ne pourrait être assez rapide pour influer sur la maladie. On sait d'ailleurs qu'on n'obtient des résultats avantageux, chez les scrofuleux, qu'à la condition de continuer longtemps l'usage des préparations iodées. Il s'agit de modifier une constitution; des mois, des années sont nécessaires. L'iritis aiguë parcourt ses périodes en quelques jours; que fera l'iode?

En topique, en collyre, nous n'hésitons pas à dire que c'est un mauvais médicament. Les préparations de cette espèce sont plutôt nuisibles qu'utiles; c'est à peine si nous les avons trouvées passables dans quelques cas d'iritis anciennes.

En somme, l'iode ne convient pas dans l'iritis; et d'ailleurs, l'iritis rhumatismale ou scrofuleuse cède comme les autres aux émissions sanguines et à l'emploi du calomel. Mais cela empêche-t-il de modifier la constitution chez les scrofuleux; cela contre-indique-t-il l'usage de l'iode même? Nullement.

Quant au quinquina, à l'acétate d'ammoniaque, il est à peine nécessaire de les nommer; ils ne jouissent d'aucune vertu spécifique.

Il est une remarque qui ne doit pas être oubliée, et qui ne manque pas de singularité. Les topiques sont généralement rejetés du traitement de l'iritis rhumatismale par les élèves de

l'école allemande; ils les croient dangereux : jamais ils ne les prescrivent dans cette forme de la maladie, et c'est par suite d'une idée théorique assez bizarre. Comme, disent-ils, le rhumatisme est produit par le froid humide, il faut éviter de mettre aucun liquide en contact avec l'œil malade.

Notre expérience propre est contraire à cette théorie; les médicaments liquides peuvent être employés avec avantage en applications sur l'œil affecté d'iritis. Mais quand nous disons que les médicaments liquides sont utiles, il faut ajouter que certains d'entre eux seulement auront de l'efficacité. Il est évident qu'ils ne pourront agir que par voie indirecte; tous les collyres n'ayant d'action qu'appliqués immédiatement sur le siége du mal, ne conviendront donc pas dans l'iritis. Ce seront ceux dont l'effet a lieu au moyen de l'absorption, dont l'emploi pourra être suivi d'heureux résultats.

Ainsi, dans l'iritis, quelle que soit sa forme, les collyres et les pommades dans lesquels entrent la belladone, l'opium, la jusquiame, le mercure, pourront être employés. Leur application devra être faite sur la tempe, sur le front, puisqu'ils n'agissent pas directement; ce sera par la voie circulatoire que quelques-uns de leurs principes parviendront jusqu'au mal lui-même. L'eau de laitue avec l'opium, la belladone en collyre, les cataplasmes laudanisés, arrosés d'extrait de saturne, sont autant de moyens qu'on ne doit pas négliger. Dans l'iritis chronique, on a conseillé des sachets camphrés ou renfermant des herbes aromatiques, placés au-devant de l'œil; ils peuvent être utiles.

Lorsque l'iritis se trouve compliquée de kératite ou de conjonctivite, on se trouve bien de recommander l'usage des collyres propres à ces dernières, et il se passe même alors un phénomène très-remarquable qu'il faut connaître. Quand l'iritis est dégagée de toute complication, nous l'avons dit, l'action de ces collyres est nulle; quand, au contraire, une kératite ou une conjonctivite existe en même temps que l'inflammation de l'iris, non-seulement par leur emploi on éteint la phlegmasie de la cornée ou de la conjonctive, mais on diminue aussi l'iritis.

Parmi tous les médicaments que nous venons de recommander, il en est un dont l'action est toute spéciale dans l'iritis, et dont l'effet sur la membrane à l'état physiologique a été heureusement et naturellement mis à profit dans son inflammation : nous voulons parler de la belladone. Comme, à l'état normal, ce médicament a la propriété singulière de dilater la pupille; comme, d'un autre côté, dans l'iritis, la pupille est contractée, on a été conduit à conseiller la belladone dans l'iritis. C'est, en

effet, un moyen qui peut rendre de grands services ; mais son administration exige des précautions dans le détail desquelles on nous saura gré d'entrer.

La belladone ne convient pas à toutes les iritis ni à toutes les périodes de la maladie. En y réfléchissant, d'ailleurs, la théorie fait entrevoir la vérité de notre assertion. En appliquant la belladone au traitement de l'iritis, on a pour but d'opérer la dilatation de la pupille ; il s'ensuit que l'iris doit nécessairement être tiraillé par l'effet même du médicament : or, deux circonstances contre-indiquent formellement l'usage de ce remède. La première contre-indication est l'inflammation vive de l'iris, car les tiraillements que provoquerait la belladone auraient pour résultat d'augmenter encore l'état phlegmasique de la membrane ; son action serait donc nuisible. La seconde considération qui doit faire ajourner son emploi dans l'inflammation aiguë se trouve dans la perte de contractilité qu'éprouvent les tissus fortement enflammés ; il est facile de s'en convaincre en examinant ce qui se passe dans le rhumatisme, par exemple : or, si l'on applique la belladone dans le cas de phlegmasie aiguë de l'iris, il arrivera l'un de ces deux résultats : ou elle n'aura pas d'action, ou elle sera nuisible ; il est donc important d'en reporter l'emploi à un autre temps de la maladie.

Mais vers la troisième période de l'inflammation de l'iris, alors que la phlegmasie tombe et s'éteint, que la pupille reste contractée, elle peut agir efficacement en la dilatant. A cette époque encore, il est quelques précautions à prendre pour en régler l'emploi et le rendre le plus avantageux possible ; mais nous en reparlerons bientôt à propos de l'iritis chronique. Il ne faudrait pas croire, cependant, à une action sur la pupille aussi vive que dans l'état de santé ; la belladone la dilate sans doute ; mais son effet, même à la période de l'iritis que nous supposons, est très-peu prononcé. Lorsque l'œil est sain, tout le monde sait combien est marquée la dilatation opérée par ce moyen ; mais l'on peut se convaincre, chez le malade sur lequel nous l'employons actuellement dans nos salles, et dont la pupille est fort resserrée, combien peu son action est puissante sur l'iris enflammé.

Les révulsifs sont les seuls moyens curatifs de l'iritis qui nous restent à examiner ; les sétons, les cautères, les vésicatoires, les ventouses sur les membres inférieurs, doivent être regardés comme des moyens accessoires qu'il ne faut pas dédaigner.

Tel est l'ensemble des médications mises en usage contre

l'iritis aiguë; nous pouvons passer maintenant à l'étude de l'iritis chronique.

L'iritis chronique est, sans contredit, ce qu'il y a de plus obscur dans les ophthalmies, elle n'a guère été étudiée que comme succédant à l'iritis aiguë; et cependant il est fréquent d'observer des sujets chez lesquels la maladie semble avoir débuté d'emblée par la forme chronique.

Ainsi, il est des malades chez lesquels on voit la pupille déformée, anguleuse, ovalaire, privée d'une partie ou de la totalité de sa mobilité : on aperçoit dans l'ouverture pupillaire de petits filaments, de petits rayons sous forme de fils qui tiennent à l'iris, d'une part, et vont s'attacher sur le devant de la capsule du cristallin; ou bien on voit de petits flocons, quelque chose de nuageux. Cependant les malades n'ont jamais rien éprouvé d'aigu dans l'œil affecté.

C'est évidemment une inflammation très-lente qui amène de pareils résultats. Il nous a semblé que ce qu'on entend par les corps voltigeants était souvent produit par cet état que nous décrivons. Les mouches, les fils, reconnaîtraient la même cause. Chez ces sujets, on trouve ordinairement l'iris d'une couleur qui n'est pas naturelle, la membrane paraît lavée, fanée, et cela est surtout remarquable et tout à fait évident quand la maladie siége d'un côté seulement. Nous avons pu voir, chez quelques-uns de nos malades, un léger anneau rouge très-pâle : pour nous, il y a iritis; mais ces affections ont souvent été rangées dans la catégorie des amauroses.

En général, on pourra donc reconnaître l'iritis chronique aux caractères suivants : déformation, immobilité de la pupille, coloration qui ne paraît pas naturelle, quelque chose de nébuleux dans l'œil, des filaments ou des flocons, etc.

Au point de vue thérapeutique, l'iritis aiguë nous a paru assez satisfaisante; nous verrons bientôt que l'iritis chronique est plus sérieuse et plus rebelle aux diverses médications.

Il nous reste, pour terminer ce que nous avons à dire de l'iritis, à parler de la thérapeutique qui convient à la forme chronique de cette affection. L'iritis chronique, ainsi que nous l'avons dit, échappant assez souvent à l'observation, ou étant confondue avec quelques variétés de l'amaurose, demande cependant à être distinguée au moyen de quelques signes autres que les changements de coloration, l'aspect floconneux, les marbrures, etc. Quand on tourne l'œil du malade vers la lumière, on voit naître les troubles fonctionnels, la photophobie, l'épiphora; si l'on place, au contraire, les yeux dans l'obscurité, la pupille ne se

dilate pas. Ce sont des symptômes qu'il ne faut pas oublier.

Les causes de l'iritis chronique sont peu connues encore : elle s'établit lentement, insensiblement, et souvent on ne s'en aperçoit que quand la maladie existe déjà depuis quelque temps ; aussi n'a-t-on songé qu'à des causes constitutionnelles. Larrey en France, les Allemands et les Anglais, ont pensé que l'iritis chronique était toujours occasionnée par l'infection syphilitique. Il est vrai de dire que nous avons pu souvent observer que les malades présentant cette affection avaient contracté la maladie vénérienne ; nous devons ajouter cependant que, contrairement à l'opinion naturelle qu'on s'en ferait, les mercuriaux guérissent rarement les individus affectés d'iritis chronique. Nous avons soumis un grand nombre de malades à un traitement antisyphilitique, et nous n'avons pas vu souvent qu'il fût avantageux. Mais faudrait-il conclure de ceci que la syphilis alors ne doit pas être regardée comme la cause de la maladie ? Nous ne le pensons pas.

Si l'on étudie avec soin la syphilis, on constate que fréquemment elle amène à sa suite des changements, des modifications particulières qui persisteront après le traitement et qui survivront à la maladie parfaitement guérie. Ainsi, qu'on examine ce qui se passe dans l'urèthre après l'existence d'une ou de plusieurs blennorrhagies : il survient un rétrécissement ; la maladie a disparu depuis longtemps en laissant subsister des altérations que n'atteint point le traitement. Les bubons guéris n'empêcheront pas des engorgements, des adhérences de persister, et ces états pathologiques ne disparaîtront pas toujours, alors même que la syphilis aura été combattue avec succès.

Or, dans l'iritis, ce sont des phénomènes analogues qui se passent : des modifications anatomiques surviennent sous l'influence de la syphilis ; cette dernière amène dans l'œil une inflammation. Si elle dure pendant un certain temps, des flocons, des adhérences filamenteuses entre l'iris et la capsule naîtront et survivront à la maladie principale. Il faut donc retenir cette proposition : Alors qu'il serait démontré que l'infection syphilitique est la cause véritable d'une iritis, ce ne serait point une raison suffisante pour affirmer la guérison par les mercuriaux.

N'en est-il pas de même, du reste, pour certaines autres maladies des yeux ; n'avons-nous pas vu, par exemple, combien la guérison de la kératite était loin de ramener toujours la fonction à l'état normal ?

Parmi les sujets auxquels nous avons fait subir un traitement mercuriel pour des iritis syhilitiques, il en est qui ont guéri en

conservant la vision intacte; mais ce n'étaient pas ceux dont l'iris avait éprouvé quelque altération, ou qui présentaient ces filaments, ces adhérences dont nous avons parlé.

Dans l'iritis chronique, le traitement que nous mettons en usage consiste dans l'emploi de sangsues à l'orbite, aux tempes, derrière l'apophyse mastoïde; quelquefois nous faisons pratiquer de petites saignées, nous administrons les puratifs.

Les révulsifs sont aussi, dans l'iritis chronique, mieux indiqués encore que dans l'iritis aiguë; ce sont des moyens précieux et énergiques, et auxquels il convient surtout de recourir dans cette forme de la maladie. On appliquera avec avantage un petit vésicatoire volant sur le front au-dessus de l'œil malade; on prescrira des ventouses à la nuque, des sinapismes sur les membres inférieurs, les grandes ventouses de Junot; enfin, les cautères, les moxas, les sétons produiront des résultats utiles. Le cautère et le séton pourront être placés à la nuque, les moxas derrière les oreilles; mais nous recommandons d'une manière toute particulière le cautère dans la fossette sous-occipitale: il nous a toujours semblé plus avantageux que le séton même, et surtout dans la région que nous indiquons. Il existe en ce point une masse cellulo-graisseuse qui se continue pour ainsi dire avec la dure-mère; l'exutoire est facile à dissimuler en cet endroit au moyen des cheveux, chez les femmes surtout; en un mot, son emploi est commode et efficace à la fois.

Il est encore un autre remède à employer concurremment avec ceux que nous venons de citer, et qui jouit de propriétés recommandables dans l'iritis chronique: nous voulons parler de la belladone. Nous avons dit plus haut que nous nous proposions de nous expliquer sur son emploi. Voici en effet comment on en retire tous les bons résultats que ce médicament est susceptible de donner dans l'iritis chronique.

Ce n'est point en employant la belladone d'une manière continue que son efficacité se manifeste; il faut, au contraire, en faire usage par saccades. Nous allons nous faire entendre.

Le but qu'on se propose par l'administration de la belladone est d'agir directement sur la pupille en opérant sa dilatation. Or, la belladone est un agent dont l'action diminue et s'anéantit par l'usage, à moins qu'on n'augmente graduellement les doses, ce qui n'est pas sans inconvénient. Si donc on donne la belladone d'une façon continue, son action se perd bientôt, et les tiraillements produits sur l'iris par son influence sur cette membrane n'ont qu'une puissance peu prononcée, et nulle au bout d'un certain temps. Quand, au contraire, on se sert de la belladone à

intervalles, une fois par semaine, par exemple, elle imprime à l'iritis une secousse salutaire, la pupille se dilate, puis revient à son état primitif, et l'on parvient ainsi parfois à déchirer quelques adhérences produites par la maladie. Il n'est pas besoin d'insister longuement pour faire comprendre comment l'on réussira mieux à rompre ces adhérences par des tractions brusques, qu'on ne le ferait en agissant lentement : c'est un fait physique que l'expérience confirme à chaque instant.

Si l'irritation est encore vive, on ne doit pas hésiter à recourir aux collyres adoucissants, aux pommades opiacées mercurielles, et en se rappelant toujours que les modifications pathologiques amenées par l'iritis chronique ne disparaissent pas toujours quand la maladie est guérie, et que c'est là surtout ce qui fait la gravité de cette affection.

A cela se borne ce que nous voulions dire des diverses inflammations de l'œil ; les phlegmasies des autres membranes de l'organe sont tellement obscures que peu de praticiens sont d'accord à leur sujet, et que nous n'aurions que peu de choses vraiment utiles à en dire : nous aimons mieux résumer en quelques mots faciles à retenir ce que nous avons exposé du diagnostic et du traitement des inflammations des yeux.

En résumé général, les inflammations des yeux se divisent en inflammations des paupières, de la conjonctive, de la cornée et de l'iris;

Celles des paupières, en phlegmasies de la face interne et des bords.

Les inflammations de la face interne comprennent les conjonctivites muqueuse, granuleuse, glanduleuse ; celles des bords, les folliculeuse, furfuracée, exulcéreuse. Nous renvoyons au résumé de leurs caractères, publié antérieurement.

La conjonctivite se divise en conjonctivite proprement dite, des nouveau-nés, blennorrhagique : la première, reconnaissable à une rougeur arborescente, violacée, mobile du blanc de l'œil, rougeur plus foncée du côté de la rainure oculo-palpébrale ; la seconde, au boursoufflement et à la purulence, matière jaunâtre ou verdâtre ; la troisième, à peu près aux mêmes caractères que la précédente, mais débutant par la conjonctive oculaire, et l'autre par la conjonctive palpébrale.

La kératite se subdivise en générale, partielle, ulcéreuse, diffuse : elle est caractérisée par l'épiphora, la photophobie, la douleur, la rougeur rayonnée ;

L'iritis, en aiguë, chronique, spécifique ; l'anneau varié, la

rougeur légère, la douleur de tête, la coloration de l'iris, la déformation de la pupille, la distinguent.

Pour ce qui regarde la thérapeutique, les blépharites muqueuses seront traitées par les émollients, les purgatifs, la saignée; les granuleuses, longues et difficiles à guérir, par le sulfate de zinc, de fer, le nitrate d'argent; les glanduleuses, plus rebelles que les premières, moins que les précédentes, par les pommades et collyres styptiques.

Les conjonctivites guériront par le nitrate d'argent; les purulentes demandent de fortes doses de ce médicament : elles sont dangereuses; la première l'est à peine.

Les kératites seront peu influencées par les collyres, les pommades; les saignées générales, locales, conviennent; les révulsifs, sétons, cautères, vésicatoires au front, le calomel. La guérison marche moins vite que dans les conjonctivites.

Enfin, pour l'iritis, nous en avons traité trop récemment pour y revenir.

---

12. *Règles pratiques concernant l'ouverture des abcès chauds, des abcès froids, et des abcès par congestion*; par M. le professeur Lisfranc.

(Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1845.)

On a beaucoup disserté sur l'ouverture des abcès, et l'on n'est pas encore généralement d'accord à cet égard : notre opinion est qu'il faut ouvrir les abcès chauds aussitôt qu'il est permis de constater la collection purulente. Cette opinion, que j'ai émise il y a longtemps, est basée sur l'expérience; j'en ai donné la preuve à ma clinique de l'hôpital de la Pitié : l'évacuation du pus qui distendait des tissus enflammés, et qui occasionnait de vives souffrances, soulage les malades; ils sont d'ailleurs soustraits à tous les dangers du séjour de ce liquide dans l'économie. Mais on objectera que la ponction de la tumeur, pratiquée avant sa maturité, est très-douloureuse. Nous répondrons que cet argument est futile; la douleur que détermine le bistouri est d'une trop courte durée pour qu'elle puisse être mise en balance avec celle qui résulte de l'existence d'un abcès dont l'ouverture se fera attendre ou sera différée plusieurs jours. On a prétendu que l'incision donnait lieu à une cicatrice plus difforme. Il semblerait en vérité qu'on ignore qu'il existe des instruments à lame étroite. Une simple ponction n'ouvrant pas plus largement la peau que si elle était rompue par la nature dans les circonstances les plus avantageuses, la cicatrisation présentera les mêmes condi-

tions dans les deux cas. On me demandera sans doute ce que deviendra l'engorgement qui persistera après l'évacuation prématurée du pus. Cette objection n'est pas sérieuse. La tumeur est récente : une inflammation aiguë y siége; elle se dissipera avec facilité. Quelquefois la sécrétion qui continue sous l'influence des émollients la détruit quoiqu'elle ne séjourne pas dans le foyer; le plus ordinairement, un léger suintement a lieu pendant une dizaine de jours environ : la cicatrice se forme; l'induration diminue. Mais quand elle présente les symptômes d'une inflammation assez aiguë, on applique autour de sa base quinze ou vingt sangsues. Lorsqu'au contraire les phénomènes inflammatoires ont disparu, on pratique des frictions avec la pommade d'iodure de plomb; on établit la compression à l'aide de l'agaric et de circulaires de bande; au besoin on a recours à l'application de quatre ou cinq annélides dont on ne laisse saigner les morsures que dix à quinze minutes : elles agissent comme moyen fondant. Jusqu'aujourd'hui, quand les sujets n'étaient pas scrofuleux, je n'ai jamais vu la maladie résister longtemps à l'emploi de tous ces moyens : j'en ai donné un grand nombre de fois la preuve à l'hôpital de la Pitié.

Abcès froids. — On n'a pas même indiqué dans certains livres l'abcès froid, dont le pus est sécrété sans engorgement préalable des tissus. Cette collection purulente, qui a été trop souvent confondue avec celle dite par congestion, doit être ouverte le plus tôt possible. Le foyer est-il petit? le praticien fait une incision ordinaire; mais le kyste est-il vaste? on a préconisé alors des moyens que nous allons indiquer, parce qu'ils sont encore mis en pratique par un très-grand nombre de chirurgiens, parce qu'en général des accidents très-sérieux les suivent, et parce que, enfin, nous devons en signaler les graves inconvénients. Une simple ponction très-étroite devient, dit-on, indispensable, puisqu'on doit craindre l'évacuation complète de la matière purulente et les effets de l'introduction de l'air. Or, on n'extrait qu'une petite quantité de liquide; on place dans la plaie une mèche de charpie qui, ajoute-t-on, a le double avantage de la boucher et d'en empêcher la cicatrisation; on la couvre avec un morceau de diachylon; tous les jours on évacue de nouveau : on n'oublie pas cette dernière précaution. On pense que les parois du foyer reviennent ainsi ordinairement sur elles-mêmes, et que l'indication est remplie; on dit que si le pus se viciait, il faudrait l'expulser complètement, car les dangers auxquels il exposerait alors les malades l'emporteraient sur toutes les autres considérations. Ce procédé opératoire est pernicieux. Presque toujours

en effet la collection purulente s'altère, j'en ai acquis trop souvent la conviction : il faut nécessairement le rejeter. Il est des chirurgiens qui n'emploient pas la mèche dont nous avons parlé ; ils laissent la cicatrice de la petite plaie se faire sous un morceau de diachylon gommé. Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, ils rompent cette cicatrice récente avec un stylet boutonné, et ainsi de suite, afin de tâcher d'obtenir par le même mécanisme les résultats heureux qu'on attend du mode précédent. D'autres médecins pratiquent chaque fois une nouvelle ponction, et se comportent d'ailleurs comme nous l'avons dit. L'expérience a démontré que ces deux procédés occasionnent très-fréquemment des accidents fâcheux; il faut ouvrir ces grands abcès froids comme ceux par congestion dont nous allons nous occuper.

Le foyer de l'abcès froid ne peut souvent pas se cicatriser, parce que la constitution du sujet est mauvaise ; on administre alors l'iodure de potassium à l'intérieur. L'organisation muqueuse accidentelle de ce foyer s'oppose souvent encore à sa cicatrisation : quand sa capacité est étendue, on y passe un ou deux sétons destinés à déterminer une inflammation adhésive que l'on favorise par la compression ; si ces sétons occasionnent trop d'irritation, ce qui arrive assez fréquemment, on y renonce immédiatement. En ouvrant ces foyers purulents par petites parties, tous les dix ou quinze jours, suivant les indications, et en pansant comme nous allons le dire, nous sommes parvenu à en obtenir la guérison, lorsque les injections excitantes, qu'on ne peut pas d'ailleurs faire partout, avaient échoué, ainsi que la compression.

Quand le kyste n'est pas trop grand, et qu'il résiste aux moyens ordinaires, il est des praticiens qui l'incisent cruciale-ment. Ils mettent ainsi sa face interne à découvert ; ils pansent avec la charpie ; ils cautérisent au besoin avec le nitrate d'argent fondu : ils obtiennent ordinairement une prompte guérison. L'application du protonitrate acide liquide de mercure peut devenir nécessaire ; elle est ordinairement fort avantageuse. Dans certains cas rebelles, on se sert de ciseaux courbes sur le plat, pour enlever le plus possible le tissu muqueux accidentel ; il est rare que cette manœuvre ne soit pas suivie d'un plein succès. Des chirurgiens distingués, parmi lesquels nous citerons Bouchet fils, de Lyon, ont quelquefois extirpé les parois de ces kystes.

L'abcès froid qui résulte de la fonte d'un engorgement chronique n'est ouvert qu'à l'époque où cet engorgement est presque dissipé, ou quand la peau est menacée d'être largement dénudée

de son tissu cellulaire. Beaucoup de praticiens préfèrent encore le cautère potentiel au bistouri; ils croient que ce cautère a l'avantage de produire sur la base engorgée de la tumeur une excitation salutaire qui hâte sa résolution. Mais il est facile, en malaxant cette tumeur, en y appliquant des ventouses sèches, ou bien trois ou quatre sangsues qui irriteront les tissus, de déterminer le même effet: on évitera ainsi les cicatrices trop étendues, et essentiellement difformes, qui sont la suite inévitable d'un agent thérapeutique dont il n'est pas possible, quoi qu'on en dise, de mesurer ou de maîtriser l'action. Je rejette donc le cautère potentiel. Si l'on n'admettait pas mon opinion, et qu'on voulût employer ce mauvais moyen, on appliquerait sur la tumeur une *traînée* plus ou moins longue de potasse caustique suivant les indications; on n'oubliera pas que la largeur de l'eschare sera triple de l'ouverture pratiquée sur l'emplâtre de diachylon gommé : on laisse tomber cette eschare, ou bien on l'incise. Ouvrir les abcès chauds à l'aide de la cautérisation, ce serait encore une plus grande absurdité; car il est à peine utile de faire remarquer qu'on produirait d'atroces douleurs, et qu'on s'exposerait d'une manière presque certaine à augmenter beaucoup la phlegmasie.

Quelle que soit l'espèce de l'abcès froid, il est des circonstances, nous l'avons déjà dit, dans lesquelles le foyer purulent ne se cicatrise pas; nous en avons très-fréquemment obtenu la guérison en pratiquant des incisions multipliées. Si ces incisions ne suffisaient pas, on les remplacerait par des mouchetures qui pénétreraient dans la poche pyogénique.

Certains engorgements chroniques suppurent seulement à leur superficie; le pus dédouble trop tôt la peau de son tissu cellulaire, un ou plusieurs légers abcès s'ouvrent, guérissent, pour faire place à d'autres: ainsi la maladie dure des mois, des années; il s'établit même souvent des fistules interminables. Si les localités le permettent, si la cause de l'affection morbide est détruite, l'extirpation est un excellent moyen. On pourrait encore échauffer l'engorgement par l'usage des maturatifs, quand on ne craindrait pas les résultats d'une vive inflammation; on parvient ainsi assez fréquemment à déterminer un phlegmon que suit la guérison dans un grand nombre de circonstances.

Quelques praticiens conseillent de faire la ponction de l'abcès froid avec un trocart, de le vider, et d'y injecter ensuite un liquide irritant, comme s'il s'agissait d'une hydrocèle dont on voudrait obtenir la cure radicale; Abernethy employait assez souvent ce moyen. Il a l'inconvénient de produire très-fréquem-

ment des inflammations fort violentes et dangereuses ; il réussit peu souvent.

Abcès par congestion. Il est des chirurgiens qui n'ouvrent aucun abcès par congestion ; cependant les cas dans lesquels le pus est spontanément résorbé n'ont presque jamais lieu ; je n'en ai pas rencontré un seul. On a dit encore que la matière purulente pouvait se concréter, et les sujets guérir. Je n'en ai pas vu même un exemple. On a avancé que l'ouverture pratiquée par les soins de la nature était quelquefois très-étroite, que peu à peu les malades se débarrassaient du liquide sans accident : j'ai observé une seule fois ces heureuses circonstances chez une jeune fille. Ainsi donc, il faut ouvrir les abcès par congestion, car l'expérience a démontré qu'alors les guérisons sont moins rares.

Ledran, Pott, Desault, Sabatier, etc., conseillent de donner issue à la matière purulente le plus tard possible, c'est-à-dire à l'époque à laquelle la tumeur menace de se vider par une large solution de continuité. Boyer a longtemps professé ce principe ; des faits assez nombreux le lui ont fait abandonner. Ce judicieux et savant praticien dit avec raison que plus la collection purulente est abondante, plus sa viciation est dangereuse ; que plus on différera d'ouvrir le kyste, plus il augmentera de volume, et plus on devra redouter son inflammation. Si l'abcès est peu développé ; si son trajet est court, l'idée du chirurgien en chef de la Charité est surtout alors un dogme scientifique ; mais quand on est appelé trop tard, que la poche renfermant le pus est vaste, les chances de l'opération sont essentiellement différentes ; car en plongeant le bistouri dans la tumeur, on s'expose davantage à l'infection purulente. Lorsqu'il existe une grande distance entre le lieu dans lequel le pus est accumulé en petite quantité et celui où il est sécrété, cette circonstance doit faire ranger le malade au nombre de ceux qui portent des abcès métastatiques volumineux ; avec la plupart des chirurgiens, j'adopte entièrement le précepte émis par Boyer.

On a conseillé de pratiquer une très-petite ouverture. Pelletan faisait une ponction avec un trocart fin ; il vidait le liquide en totalité, et couvrait la plaie avec du sparadrap. M. A. Petit, de Lyon, se servait d'une aiguille à cataracte, chauffée à blanc ; il se proposait ainsi d'exciter la vitalité du kyste : il pansait à l'aide d'un morceau de diachylon, par-dessus lequel il mettait les autres pièces d'appareil convenables. Boyer pratiquait, obliquement à la partie inférieure de la tumeur, une ponction avec un bistouri à lame très-étroite ; il évacuait une certaine quantité de pus : il avait recours soit à de simples pressions, soit à une

ventouse ; il mettait ensuite sur la solution de continuité un morceau de diachylon gommé. Cinq à six jours après, et avant que l'abcès eût acquis son volume primitif, il pratiquait de la même manière une seconde ponction ; il en faisait ainsi un plus ou moins grand nombre d'autres, suivant les indications. La poche purulente était vidée graduellement par ce procédé : on donne ainsi à ses parois le temps de revenir sur elles-mêmes ; on évite assez souvent l'entrée de l'air dans le kyste. Le procédé de M. Guérin est préférable ; il soustrait infiniment mieux le malade au dernier accident que nous venons de signaler.

J'avais vu succomber un très-grand nombre de sujets à la suite de l'ouverture des abcès par congestion ; j'avais observé qu'au début de sa viciation le pus était ordinairement de couleur jaunâtre, rougeâtre ; je savais que la peau recouvrant le foyer augmente de caloricité, que des pressions même légères occasionnent des douleurs. Je pensai que l'inflammation pourrait être cause des accidents sérieux auxquels les malades étaient soumis ; je crus que peut-être en prévenant, ou bien en éteignant cette inflammation par des évacuations sanguines locales, je parviendrais soit à éviter, soit à dissiper ces accidents trop fréquemment funestes. M. Baumès, de Lyon, a d'ailleurs prouvé dans son beau travail que les irritations et les phlegmasies commençantes du canal intestinal produisent le développement d'une très-grande quantité de gaz exhalant une fort mauvaise odeur ; la poche purulente en contient souvent. M. le docteur Gervais, de Caen, a vu l'application d'un moxa, faite sur un abcès par congestion, déterminer une inflammation et la viciation du pus ; cet abcès était ouvert depuis deux mois et demi : un malade atteint de carie de la colonne vertébrale le portait.

Mais avant de me décider à ouvrir largement les abcès par congestion, à les vider complètement, à mettre un grand nombre de sangsues sur le foyer purulent, j'ai dû me livrer à des méditations profondes, parce que mes projets heurtaient singulièrement les idées généralement admises sur le point important de pathologie et de thérapeutique dont nous traitons. Afin de procéder logiquement, de m'exposer, si j'échouais, aux moindres inconvénients possibles, je marchai du simple au composé, et je fis mes premières tentatives contre les larges abcès froids, qui ont tant d'analogie avec les métastatiques sous le rapport des accidents qui peuvent suivre leur ouverture.

Un homme d'un tempérament lymphatique était affecté, sans cause connue, d'un vaste abcès froid, dépourvu de toute espèce d'engorgement. Cet abcès s'étendait du moignon de l'épaule à

l'articulation du coude ; il occupait d'ailleurs les deux tiers de la circonférence du bras. Je fis sur la partie la plus déclive de la tumeur une ouverture de quatre centimètres cinq millimètres (un pouce et demi) de longueur ; la matière purulente fut complètement évacuée. On mit quarante sangsues le long de la poche pyogénique ; on en laissa saigner les morsures pendant deux heures. Des cataplasmes émollients enveloppèrent le membre : pour tout aliment, bouillon de poulet. J'éprouvais quelques inquiétudes ; je revins le soir à l'hôpital. Je m'assurai que le pus ne séjournait pas ; cependant le cataplasme n'en offrait que de légères traces ; il n'en existait aucune sur les autres pièces d'appareil : point de douleur. Le lendemain, le sujet n'en ressent pas davantage ; la matière purulente est aussi peu abondante, sa nature est excellente ; le pouls n'a pas faibli ; même état des forces musculaires ; la coloration de la face se soutient : trente annélides. Le malade est légèrement affaibli le troisième jour ; le quatrième, on applique vingt-cinq sangsues ; le cinquième, la source du pus paraît presque entièrement tarie ; il ne s'en est écoulé que quelques gouttelettes. Le huitième, point de suppuration ; l'ouverture de la plaie est cicatrisée : je présente le sujet guéri à l'Académie royale de médecine. Ce fait remarquable nous enhardit ; car non-seulement la viciation du pus n'avait pas eu lieu, mais encore la sécrétion purulente consécutive à notre opération était devenue beaucoup moindre : nous étions parvenu enfin à obtenir une guérison infiniment plus prompte que dans les circonstances où nous n'avions pas fait l'application de nos nouvelles idées. Nous rencontrâmes bientôt des abcès par congestion, sur lesquels nous les mîmes en usage.

Nous ouvrîmes largement les foyers purulents ; nous les vidâmes complètement ; nous fîmes appliquer des sangsues en plus ou moins grand nombre, suivant les indications, et d'après les principes établis plus haut : cataplasmes émollients. Nous avons toujours ainsi, jusqu'aujourd'hui, évité la viciation purulente.

Mais voulez-vous une nouvelle preuve en faveur de notre méthode ? La voici : Nous avons reçu à l'hôpital de la Pitié des sujets qui, ayant été traités en ville, venaient nous demander des soins contre des viciations purulentes. On conçoit qu'il était fort simple d'imaginer que si, en préservant le foyer, par les évacuations sanguines locales, de l'inflammation qui aurait pu s'y développer, on empêchait le pus de se vicier, il serait peut-être possible, en combattant victorieusement la phlegmasie, de faire cesser cette viciation : un succès complet couronna nos espérances. Nous avons réussi sur dix malades : ce sont les seuls que nous ayons

traités. Nous avons appris que M. Robert a obtenu le même résultat à l'aide de nos moyens, sur un sujet couché dans la division de Sanson, à l'hôpital de la Pitié.

On sait que notre méthode préservatrice de la viciation purulente a été employée à ma clinique de l'hôpital de la Pitié sur un très-grand nombre d'individus : les uns ont radicalement guéri, lorsqu'on a, d'ailleurs, mis en usage les modes de traitement destinés à combattre les causes de la sécrétion purulente ; les autres portent des fistules qui sont probablement incurables ; cependant leur santé s'est beaucoup améliorée : il en est quelques-uns qui se sont livrés à leurs travaux ordinaires. On se rappelle que nous avons présenté à notre clinique un homme dont les fistules ont disparu un an après sa sortie de l'hôpital. Il est enfin des sujets qui ont succombé longtemps après l'application de notre méthode ; il en est qui sont morts au bout de deux ou trois mois; mais aucun de tous ces malades n'a été affecté de viciation purulente. Depuis qu'on administre l'iodure de potassium à l'intérieur, les succès sont infiniment plus nombreux et plus complets. On n'oubliera pas que l'usage des moxas doit être continué.

On a dit, dans un concours, que nous appliquions les sangsues avant l'ouverture de l'abcès ; on vient de voir que c'est une erreur. C'en est une autre tout aussi grande que de nous attribuer la prétention de vouloir le guérir par l'emploi du moyen dont nous nous occupons ; il est évident que notre but est seulement de débarrasser l'économie animale, avec le moins d'inconvénients possibles, de la collection purulente qu'elle renferme. Les injections émollientes dans l'intérieur du foyer sont très-utiles ; elles ont l'avantage de le nettoyer d'abord : on les y fait ensuite séjourner.

Nous avons dit pourquoi l'application des sangsues n'occasionnait pas cette terrible complication dans le cas qui nous occupe ; n'oublions pas de recommander que, si le foyer purulent ne peut pas être complètement vidé, que si le malade est trop faible, que s'il porte quelque altération des viscères, notre méthode de traitement ne doit pas être mise en usage ; elle ne réussit pas alors, au moins ordinairement.

Nous avons guéri des caries du tarse, du carpe et des vertèbres ; ces faits, publiquement observés, combattent victorieusement l'opinion de certains chirurgiens qui, fort ignorants en thérapeutique, nient la possibilité de la guérison des abcès par congestion produits par cette maladie des os ; l'anatomie pathologique a d'ailleurs prouvé, et nous avons montré des pièces de ce

genre, que quelquefois la source du pus siége uniquement dans les tissus mous et blancs qui entrent dans la composition du rachis, dont le système osseux n'est pas nécrosé ni ulcéré.

Lorsque, suivant la méthode de Boyer, ou de M. J. Guérin, on a pénétré dans un foyer purulent, il ne faut pas se servir d'un stylet boutonné ou d'une sonde pour faire sortir de nouveau le pus par la même ouverture, dont on viendrait de détruire la cicatrice, car alors l'air pénétrerait presque toujours; d'où naîtraient les phénomènes morbides graves que nous avons signalés : on doit, au besoin, nous le répétons, pratiquer de nouvelles ponctions.

Mais les malades portant de vastes abcès froids, et surtout des abcès par congestion, viennent fréquemment fort tard nous demander des soins à l'hôpital de la Pitié; ils sont alors souvent dans un état de dépérissement tel, que l'opération destinée à évacuer la matière purulente offre infiniment peu de chances de succès : dans cette grave hypothèse, j'ajourne cette opération, à moins que la tumeur ne fasse des progrès dangereux ; j'administre l'iodure de potassium à l'intérieur, et, dans la plupart des cas, je rétablis en grande partie la constitution des sujets. Je les débarrasse ensuite de leur collection purulente, avec l'espoir mieux fondé de réussir; j'ai donné plusieurs fois, même cette année, à ma clinique, la preuve de la proposition que j'avance.

---

13. *Sur la sortie du corps vitré pendant ou après l'extraction de la cataracte;* par le docteur Sichel.

(Suite : *voir* t. 137, janvier 1844, p. 92.)

(Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1845.)

Examinons quelle influence peut exercer sur les suites de l'opération la procidence du corps vitré.

Cet accident, considéré comme le plus funeste qu'on ait à redouter après l'extraction de la cataracte, est beaucoup moins fréquent et beaucoup moins grave qu'on ne le pense généralement, surtout quand on observe ponctuellement les règles que l'expérience nous a dictées et que nous avons fait connaître dans le mémoire cité plus haut. Cependant, si nous en croyons certains praticiens, qui en cela se conforment aux idées reçues, la procidence du corps vitré n'entraîne rien moins après elle que la perte absolue et irréparable de l'œil sur lequel elle survient. Tel chirurgien célèbre, que nous ne nommerons point, en pareil cas se hâte de resserrer ses instruments dans sa trousse, et de partir, en abandonnant le malade à ses aides.

Ce seul exemple doit faire sentir combien il est important de réfuter une erreur aussi préjudiciable. C'est un devoir à nos yeux de démontrer que la sortie du corps vitré n'est pas sans remède, de rechercher les causes qui la déterminent, d'exposer les moyens à l'aide desquels on la rendra aussi rare que possible, et enfin, quand de malheureuses circonstances n'ont pas permis de l'éviter, quelle est la meilleure conduite à tenir afin d'en neutraliser les conséquences.

Occupons-nous d'abord des causes de la procidence du corps vitré et du mécanisme par lequel elle se produit.

Les *causes* de cet accident peuvent se classer en trois catégories : celles qui dépendent de certaines conditions anormales de l'œil affecté, celles qui proviennent du malade, et enfin celles que l'opérateur ne peut attribuer qu'à lui-même.

Les yeux saillants et très-volumineux, qu'on appelle vulgairement de gros yeux à fleur de tête, sont beaucoup plus disposés que les autres à l'évacuation d'une partie de leurs humeurs. Chez certains individus, la membrane hyaloïde, au moindre contact d'un instrument, ou par une pression même modérée, est extrêmement portée à se rompre. Le corps vitré lui-même est souvent peu consistant, presque à l'état de liquéfaction. A un âge avancé, cette liquéfaction a lieu spontanément, par suite d'une résorption ou d'une destruction pathologique d'une partie de la membrane hyaloïde et de ses cellules. Elle se manifeste toujours et à tout âge après les opérations pratiquées à l'aiguille, où, pendant la manœuvre, l'humeur vitrée et son enveloppe ont été sillonnées en tous sens. Aussi, dans ce dernier cas, est-il on ne peut plus imprudent d'opérer des cataractes secondaires par extraction, surtout sans apporter au procédé aucune modification, telle qu'une extrême petitesse du lambeau, ou même une simple ponction de la membrane, ou enfin l'extraction par une ouverture de la sclérotique, telle que nous l'avons décrite ailleurs.

En second lieu, le malade peut déterminer la sortie du corps vitré et même la rendre inévitable par défaut d'empire sur lui-même, par une agitation nerveuse dont il n'est pas maître, et surtout par des contractions violentes des muscles oculaires. Cette disposition du sujet est d'autant plus funeste que l'action musculaire est en raison directe du volume des yeux ; condition déjà si fâcheuse, comme nous venons de le dire à l'instant. Cette action musculaire elle-même n'est pas moins vivement provoquée par une légère injection, une irritation passagère des membranes de l'œil, qui quelquefois survient sans cause connue. En pareil cas, on devrait toujours ajourner l'opération, surtout lorsque

d'autres raisons font craindre l'écoulement des humeurs. Les muscles se contractent par moments avec une telle violence que le cristallin et une portion du corps vitré sont lancés d'un même coup, aussitôt qu'une seule incision ou même une simple ponction sont pratiquées dans la capsule. Quelquefois, mais plus rarement, il suffit de l'irritation momentanée que ressent le malade, tourmenté par la crainte de l'opération, pour que les muscles oculaires s'agitent avec force et fassent déchirer la capsule avant même l'introduction du kystotome. L'action de l'instrument tranchant venant encore surexciter l'organe, le cristallin et le corps vitré s'échappent violemment dès qu'une issue leur est ouverte. Enfin , plus rarement, sous l'influence des circonstances indiquées et surtout d'une pression peu ménagée et mal dirigée, la cataracte, au lieu de sortir par l'ouverture pupillaire, se déplace à droite ou à gauche sur les côtés de la pupille et laisse au corps hyaloïdien une voie par laquelle il se précipite. Toutes les fois qu'à l'une de ces deux premières séries de causes, ou bien à toutes les deux réunies, se joint une conformation vicieuse de l'organe de la vue ou une autre circonstance qui augmente la difficulté de l'extraction, il est plus prudent d'abandonner cette méthode opératoire et d'y substituer l'abaissement ou le broiement ; c'est ce qu'il sera opportun de faire quand les paupières sont épaisses, étroitement fendues et difficiles à tenir écartées, quand la chambre antérieure est étroite, que les yeux sont très-mobiles, etc.

En troisième lieu, cet accident peut dépendre du chirurgien et de la forme de ses instruments. Ces deux dernières causes peuvent en augmenter les chances, surtout lorsque plusieurs des circonstances énumérées plus haut viennent agir en même temps. Sous ce rapport , on s'expose à faire sortir le corps vitré en opérant d'une manière trop brusque , en se servant d'un kératotome trop large ou trop épais, en exerçant une pression trop forte ou trop soudaine sur le globe, soit avec le doigt, soit, comme le font certains opérateurs, avec la curette ou le manche du couteau. Nous signalerons également comme très-nuisible tout ce qui favorise l'écartement du lambeau, à savoir : une section trop étendue ou trop petite de la cornée, et tous les inconvénients sur lesquels nous avons déjà, dans un mémoire précédent, appelé l'attention. C'est surtout pendant les derniers temps de l'opération, pendant la kystotomie et la sortie du cristallin, que la procidence hyaloïdienne est imminente sous les circonstances que nous avons signalées. C'est alors qu'il faut y mettre une douceur extrême et une sage lenteur, exhorter le malade à

rester calme et entièrement passif, lui donner le temps de revenir à lui et d'apaiser son agitation. Un précepte non moins essentiel, selon nous, est celui de couper la dernière bride du lambeau en retirant le couteau, et non en le poussant. Il faut se garder aussi de trop prolonger les manœuvres de la kystotomie, et surtout d'avoir recours à des introductions réitérées de la curette, quand on voit le corps vitré se présenter dans la pupille. Le plus léger contact le fait rompre et jaillir immédiatement, au moins en partie, sous l'influence d'une violente contraction musculaire.

L'aide a également une grande influence sur l'issue de l'opération. Pour peu que les circonstances déjà énoncées y viennent concourir, il détermine quelquefois la sortie du corps vitré en exerçant une pression intempestive sur le globe oculaire. Sa tâche est surtout difficile à remplir dans la kératotomie supérieure; aussi ne doit-on jamais alors se remettre du soin de maintenir la paupière supérieure à une personne qui n'en a pas l'habitude.

Obs. I. — Je me rappellerai toujours un cas des plus remarquables de cette nature, qui, par ses particularités, m'a beaucoup frappé. Il y a dix ans environ, j'opérai à ma clinique, par la kératotomie supérieure, une cataracte lenticulaire demi-dure de l'œil droit, sur un vieux hussard de la Mort dont le front et le sommet du crâne étaient tout couturés de cicatrices. Il avait perdu à la guerre l'œil gauche, qui était atrophié. Malgré le volume assez considérable et la saillie de l'œil à opérer, je n'osai pas le soumettre à l'abaissement ou au broiement, modes opératoires qui, d'ordinaire, chez les personnes âgées, donnent lieu à des accidents inflammatoires graves et de longue durée.

Mon aide habituel étant absent, je fis relever et fixer la paupière supérieure par un jeune docteur italien qui n'en avait pas l'habitude. Au moment où, après avoir incisé la capsule, je retirai le kystotome, l'aide exerça une pression involontaire avec l'index sur la partie supérieure du globe, pression qui, chez le malade déjà disposé à faire agir ses muscles oculaires, en sollicita une contraction tellement violente, que le cristallin et la plus grande partie du corps vitré furent au même moment expulsés. L'œil s'affaissa, devint ridé, et s'enfonça dans l'orbite. A chaque mouvement, la coque oculaire se plissait entre les insertions musculaires, et les bords de la plaie s'écartaient. C'était pour moi un aspect hideux et attristant, dont heureusement je n'ai pas été une seconde fois témoin, car je ne revis jamais dans ma pratique ces accidents au même degré. La stupéfaction de

l'aide improvisé fut encore plus grande, et il profita du premier instant où sa présence n'était plus nécessaire pour s'éclipser. Il ne reparut plus à ma clinique. Je dois ajouter toutefois qu'il s'est jugé trop sévèrement, car sur un autre œil mieux conformé, moins mobile et moins disposé à la contraction de ses muscles, la compression exercée par l'index n'aurait pas produit un effet aussi grave.

Après avoir relevé, avec le dos de la curette, le lambeau renversé, et l'avoir appliqué contre la lèvre correspondante de la plaie, je fermai les paupières et les réunis avec soin au moyen de petites bandelettes de taffetas d'Angleterre. Le malade fut placé dans son lit, la tête élevée, et je l'engageai à conserver l'immobilité la plus complète. Deux heures après, je revins le voir et j'ôtai les bandelettes; je trouvai les lèvres et la plaie entièrement affrontées, le globe oculaire sphérique et de volume normal, ses rides effacées, l'iris avec sa tension habituelle, et la chambre antérieure avec les dimensions qu'elle avait avant l'opération.

Après avoir prévenu le malade qu'il ne devait imprimer aucun mouvement à son œil pendant un essai de vision auquel j'allais le soumettre, je lui présentai plusieurs doigts; il en reconnut parfaitement la forme, la couleur et le nombre. Deux heures avaient suffi pour que l'humeur aqueuse se reproduisît au point de suppléer à la perte des deux tiers environ du corps vitré. Les bandelettes furent, après cet essai, réappliquées avec le plus grand soin; une saignée assez forte fut, par précaution, pratiquée le soir même. Elle fut réitérée au bout de quelques jours, alors qu'il se manifestait quelques symptômes inflammatoires.

Le huitième jour, à la seconde levée de l'appareil, la cicatrisation était complète, l'inflammation modérée. Dès lors un traitement antiphlogistique peu énergique suffit pour mener le malade à bien et lui permettre de sortir trois semaines après l'opération. A cette époque, la cicatrice était linéaire et la vision parfaite. Le malade se conduisait facilement dans les rues de Paris au moyen de verres convexes n° 4, c'est-à-dire de 4 pouces de foyer (le n° 5 est celui qui d'ordinaire sert à cet effet aux opérés de cataracte). Il lisait un caractère moyen avec des verres à cataracte n° 27, c'est-à-dire d'un foyer de 27 lignes, tandis que les n°s 30, 33 ou 36 suffisent d'ordinaire pour la lecture.

Il y a plusieurs années que j'ai revu le malade pour la dernière fois. C'était, je crois, cinq ou six ans après l'opération. Il était alors à Bicêtre, d'où il venait, sans guide, me voir pour me consulter sur un prétendu affaiblissement de la vue, qui tenait tout simplement à ce que la surface du verre de ses lunettes était dé-

polie par les frottements auxquels elle avait été exposée. De nouvelles lunettes rendirent à sa vue toute sa netteté.

—Le *mécanisme* par lequel se produit la perte totale ou partielle des milieux de l'œil est très-simple. Après l'évacuation de l'humeur aqueuse et du cristallin, le corps vitré vient occuper la place de la lentille oculaire et se mettre en contact avec l'iris et la cornée. Soit par les seules contractions des muscles de l'œil, soit par le froissement simultané de la curette et du kystotome, l'hyaloïde se rompt dans une étendue plus ou moins grande, et le corps vitré, subissant une compression, est contraint de se déplacer et de se précipiter avec plus ou moins de violence entre les lèvres de la plaie. Le meilleur moyen de neutraliser cette tendance et de mettre des bornes à l'étendue de la perte des milieux réfringents consiste tout naturellement à affronter les lèvres de la plaie et à comprimer doucement le globe d'avant en arrière, afin de contrebalancer la constriction que les muscles exercent d'arrière en avant et sur les côtés.

De là découle le *traitement* le plus rationnel. Il faut immédiatement enjoindre au malade de fermer l'œil opéré. On applique tout de suite sur les paupières des bandelettes de taffetas gommé de 4 à 5 millimètres de largeur, et qu'il convient d'avoir toujours prêtes, dans ce but, avant l'opération. Si l'on n'a eu qu'un seul œil à opérer, ou bien si l'accident n'est survenu que sur le dernier œil soumis au kystotome, on fait sur-le-champ coucher le malade, la tête aussi basse que possible. S'il en est autrement, on peut attaquer de suite la seconde cataracte.

Lorsque l'opéré est dans son lit, on enlève les bandelettes à l'aide d'une éponge fine imbibée d'eau tiède, et l'on ouvre l'œil avec la plus grande précaution. Si le lambeau, dans la kératotomie supérieure, est renversé, on le relève à l'aide de la curette, en recommandant au malade de tourner l'œil en haut immédiatement après. On affronte les lèvres de la plaie; au même moment on saisit la paupière supérieure par les cils, et on lui imprime un mouvement d'abduction et d'abaissement. S'il se présente entre les lèvres une fraction du corps vitré, il est nécessaire de la réséquer à ras de la cornée avec des ciseaux courbés sur le plat; si l'on négligeait de le faire, son interposition empêcherait la réunion immédiate et donnerait lieu à l'écartement du lambeau, chose toujours fort à craindre après la procidence du corps vitré. Pour achever le pansement, on applique de nouveau des bandelettes, et l'on tient le malade dans la plus complète immobilité. Au moindre indice d'inflammation, on doit recourir aux antiphlogistiques; car, il ne faut pas l'oublier, dans ces cas les lèvres de

la plaïe ont une tendance bien plus grande à s'écarter, et cet écartement, pour la moindre cause, devient bien plus considérable; ce qui amène plus rapidement le phlegmon de l'œil et sa fonte purulente. Heureusement, par les précautions que nous venons d'indiquer, on est à peu près certain de parer à ces suites funestes, pourvu, toutefois, que l'on ait rempli toutes les conditions exigées pour le succès de l'extraction. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit à ce sujet dans le mémoire déjà publié dans ce journal; nous nous contenterons de rappeler le précepte le plus important, qui est celui-ci : Il est indispensable de tailler le lambeau avec une entière régularité. S'il en est ainsi, les lèvres de la plaie s'affrontent avec une telle exactitude que pas une goutte de l'humeur aqueuse ne s'écoule au dehors; et comme elle se sécrète en se reproduisant avec une célérité merveilleuse, elle a bientôt fait de remplir la coque oculaire et de lui rendre sa forme sphérique. Lorsqu'on a convenablement dirigé le traitement consécutif de manière que la cicatrice se consolide sans empêchement, le malade en est quitte pour faire usage de lunettes à cataracte d'un pouvoir plus grand.

Malgré l'action des causes que nous avons signalées plus haut, le corps vitré peut ne pas sortir de l'œil pendant l'opération. Mais ce n'est pas une raison pour que le chirurgien entre dans une quiétude complète. Il arrive quelquefois que l'accident se produit lorsque le malade est déjà couché. Il est surtout à craindre pendant le pansement, où tantôt des contractions musculaires brusques et violentes que provoquent l'action d'élever les paupières et leur frottement contre les lèvres de la plaie, tantôt une pression exercée sur le globe par l'opérateur, l'aide ou le malade, peuvent encore le déterminer. On ne saurait donc agir avec trop de circonspection. On ne saurait également mettre trop de prudence dans les essais de vision. S'ils sont absolument indispensables pour tranquilliser le malade, on ne doit les tenter qu'après l'avoir fait coucher, et ne lui donner à voir que de très-gros objets, enfin tout juste ce qui est nécessaire pour lui donner la conviction que l'opération a réussi.

Bien que dans un très-grand nombre de cas nous ayons recours à l'extraction, la procidence du corps vitré, grâce aux règles que nous venons de tracer et que nous observons scrupuleusement, est un accident très-rare dans notre pratique. Lorsqu'il a lieu, il est plus rare encore que nous ayons à en déplorer les suites funestes. Avec un lambeau parfaitement régulier, l'œil peut être vidé en grande partie, de manière à être ridé, plissé, fortement affaissé, enfoncé dans l'orbite, marqué de profonds sillons dans

les régions musculaires, comme dans l'observation I; quelquefois même la moitié ou les deux tiers du corps vitré peuvent s'écouler, et l'organe recouvrer sa forme, la vision devenir parfaite, à cela près de la nécessité où se trouve l'opéré d'employer des lunettes convexes plus fortes. Je dirai plus : si le malade est myope, la diminution de la réfrangilité ne le force pas toujours à faire usage de cette dernière espèce de verres à foyer très-court.

Nous n'en regardons pas moins la perte du corps vitré comme toujours fâcheuse, et nous faisons tous nos efforts pour l'éviter. Nous ne pouvons sous ce rapport nous ranger de l'avis de notre ami le docteur Ch. Jaeger, qui, dans sa thèse inaugurale (Vienne, 1823), a tenté d'établir en principe que l'évacuation d'une fraction du corps vitré est avantageuse. Elle prévient, selon lui, l'intumescence inflammatoire de l'œil, et l'on doit dans ce but la provoquer artificiellement. A cela nous répondrons que, si l'on provoque de propos délibéré la procidence du corps hyaloïdien, on n'a pas toujours le pouvoir d'en limiter l'étendue. Dans les cas où j'ai observé une perte considérable de cette substance, j'ai toujours vu s'ensuivre une ophthalmie intense. C'est donc un fort mauvais moyen de prévenir la phlegmasie.

L'observation suivante, outre l'appui qu'elle prête à plusieurs de nos assertions, est encore remarquable par les vomissements survenus à la suite d'une saignée, accident qui, après l'extraction de la cataracte, a d'ordinaire les effets les plus désastreux.

Obs. II. — Mme N., lingère, âgée de trente-huit ans, demeurant à Paris, vint me consulter à ma clinique pour deux cataractes lenticulaires affectant la couche corticale postérieure des cristallins, ainsi qu'une partie de leur couche corticale antérieure, sous forme de stries triangulaires, irrégulières, et convergeant vers le centre. Cette femme voit encore un peu pour se conduire. L'abaissement et le broiement de cataractes de cette nature étant très-difficile et suivis de phlegmasies intenses, je préfère pratiquer la kératotomie supérieure, bien que les yeux soient volumineux, très-saillants et très-mobiles. Les muscles oculaires se contractent violemment pendant l'opération (2 janvier 1845). Malgré l'extrême régularité du lambeau gauche et le soin que j'apporte pour achever très-lentement la section de la dernière bride, l'iris fait saillie par toute sa circonférence entre les lèvres de la plaie au moment même où je retire le couteau, et le lambeau se renverse. J'applique sur les paupières gauches une bandelette de taffetas d'Angleterre afin de les maintenir fermées. Dès que le lambeau est relevé, les lèvres de la plaie s'affrontent parfaitement. Je m'attache à tailler le lambeau droit un peu plus

petit; néanmoins l'iris fait saillie autant que dans l'autre œil, et dès qu'on ouvre l'œil le lambeau s'écarte violemment. Le noyau du cristallin sort avec facilité, et le corps vitré se présente dans la pupille. Je m'abstiens de m'aider de la curette. Le corps vitré rentre. Après que le lambeau renversé plusieurs fois a été relevé, les lèvres de la plaie s'affrontent d'une manière satisfaisante. On applique immédiatement une bandelette. Le cristallin gauche sort sans difficulté et presque en masse. Bien que la paupière supérieure n'ait point été tenue avec l'élévateur, au moment même où on veut l'abaisser, une violente contraction musculaire fait sortir une grande partie du corps vitré ; le lambeau se renverse, et l'humeur vitrée continue à filer. On ne peut parvenir à relever immédiatement le lambeau. On couche la malade à plat dans son lit, et on relève le lambeau qui, cependant, se renverse de nouveau au bout de quelque temps. Lorsqu'il est définitivement affronté, on applique les bandelettes. L'œil est considérablement affaissé, et la cornée concave en dehors. Espérant qu'elle reprendra spontanément sa forme par la sécrétion de l'humeur aqueuse, et craignant un nouveau renversement du lambeau, je ne rouvre plus l'œil. (Fomentations froides.)

Le 9, les paupières gauches sont très-gonflées, mais plutôt œdématiées qu'enflammées. Néanmoins, et quoique les paupières droites soient très-peu enflées, une saignée de quatre palettes est pratiquée. Elle est presque immédiatement suivie d'un fort vomissement qui heureusement ne produit ni douleurs dans l'œil, ni ophthalmie, ni augmentation du gonflement des paupières. (Continuation des fomentations froites.) Le lendemain, j'ouvre l'œil gauche, et je reconnais qu'il a repris sa forme et son volume normaux. Je ne puis voir la plaie. L'œil, assez injecté et très-sensible à la lumière, est tourné en haut. (Onguent napolitain belladoné.) Plusieurs jours après, le gonflement des paupières augmente encore. Le sixième jour, à la levée de l'appareil, il y a un commencement de chémosis à gauche et une forte inflammation des deux yeux, qui sont tournés en haut; on peut seulement voir que la moitié inférieure des cornées est normale. Ces symptômes, ainsi que l'enflure des paupières, persistent pendant cinq à six semaines, malgré un traitement antiphlogistique très-énergique : une nouvelle saignée pratiquée lors de la levée de l'appareil, plusieurs applications de ventouses scarifiées, des purgatifs répétés, le mercure et la belladone à l'intérieur et à l'extérieur jusqu'aux prodromes de salivation et de narcotisme, des vésicatoires, etc.

Toutefois, après trois semaines, tous les symptômes ont assez

diminué pour permettre de reconnaître que les pupilles sont noires, et que la vue est bonne, un peu moins cependant à gauche. Le 20 mars 1845, les yeux sont encore sensibles à la lumière et tournés en haut; mais la malade peut les tourner en bas et regarder fixement les objets. La pupille gauche est noire, transversalement ovalaire, un peu tiraillée en haut, la cicatrice un peu large, mais lisse; la malade compte les doigts qu'on lui présente et reconnaît les personnes. L'œil droit est parfait sous tous les rapports. Le 28 mars, la photophobie a presque complètement cessé, et la vue est excellente. Mme N. demande sa sortie. Depuis lors, elle est revenue me voir plusieurs fois, se conduisant sans guide ni lunettes; ce qui certes ne lui aurait point été possible si elle n'eût pas été très-myope avant l'opération.

En résumé, si la procidence du corps vitré n'est pas désirable, elle n'est pas un accident aussi fréquent ni aussi terrible qu'on le croit généralement, et nous possédons les moyens de la rendre plus rare et d'en prévenir, dans la majorité des cas, les suites funestes.

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

14. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urèthre* (extrait d'un travail adressé à l'Académie royale des sciences le 21 septembre 1844); par le docteur L. Auguste Mercier.

(Suite : *voir* t. 151, mars 1845, p. 135; t. 152, avril, p. 124; t. 153, mai, p. 105; t. 154, juin, p. 124.)

(Gazette médicale de Paris, N°s 22 et 23.)

Arrivé à l'endroit rétréci, il faut tendre davantage le canal; on soutient ainsi l'instrument, on rend la saillie formée par le rétrécissement moins abrupte, et on détermine au-devant de lui une espèce d'entonnoir qui a pour effet de diriger dans son ouverture la pointe de la bougie. On presse ensuite sur celle-ci d'une manière lente et continue, et si on la sent pénétrer peu à peu et sans douleur, si, en exerçant sur elle une légère traction, on éprouve de la résistance, c'est qu'elle est engagée dans le rétrécissement. Dans le cas où elle serait arrêtée, elle pourrait bien, en fléchissant, donner lieu de croire qu'elle pénètre; mais, en cessant la pression, sa tige ressortirait du canal, et on n'éprouverait aucune résistance en la retirant. Dans le cas où sa pointe pénètre dans les parties saines, une main exercée perçoit presque toujours une légère sensation qui a quelque analogie avec celle qu'on éprouve lorsqu'avec une épingle peu acérée on transperce une peau

de baudruche modérément tendue. En outre, il y a douleur, et la bougie, comme dans le cas précédent, ne communique aucune sensation de résistance quand on la retire.

Lorsqu'on s'aperçoit qu'elle n'a pas pénétré, il faut la repousser de nouveau et de la même manière ; seulement il est souvent utile de lui faire exécuter *auparavant* un léger mouvement de rotation, qui, pour peu que sa pointe soit courbée, suffit pour la porter dans une direction un peu différente. Toutefois il faut bien distinguer cette manœuvre de ces mouvements de vrille que beaucoup d'auteurs conseillent de lui imprimer, mouvements qui peuvent bien quelquefois favoriser son passage lorsqu'elle est engagée dans la bonne voie, mais qui sont très-souvent cause de fausses routes dans le cas contraire, outre qu'ils exposent à la déformer et même à la tordre.

Avec ces précautions et beaucoup de patience, on réussira presque toujours. Sinon, on agira comme je le dirai plus bas.

Si le rétrécissement existe à la courbure de l'urèthre, on devra se conduire un peu différemment.

D'abord, il sera bon de courber légèrement en haut l'extrémité de la bougie, comme on l'a conseillé, mais d'une manière trop générale : c'est surtout alors qu'on croirait avoir à redouter que le bec ne s'engageât dans les follicules. Mais s'il est bon d'être prévenu de cette possibilité, il faut aussi savoir qu'elle ne constitue pas une difficulté sérieuse. D'ailleurs, le meilleur moyen d'éviter cette pénétration, c'est de relever légèrement la verge pour donner à l'urèthre une courbure appropriée à celle qu'on a fait prendre à la bougie, jusqu'à ce que celle-ci ait passé au-dessous de la symphyse ; alors on revient à la position horizontale, et on se conduit comme je l'ai dit précédemment ; mais c'est surtout dans ce cas qu'il faut se garder des mouvements de vrille. On ne peut même pas changer la direction du bec, ou du moins la changer notablement, parce que c'est presque toujours en lui faisant longer la paroi supérieure qu'en rencontrera l'orifice du rétrécissement.

Si l'on ne courbait pas la bougie de manière à rapprocher la direction de sa pointe de celle de la portion ascendante de l'urèthre, très-souvent elle buterait contre le fond de la région bulbeuse, et pour peu que son extrémité fût fine et raidé, ou que la surface interne du canal offrît des inégalités au-devant du rétrécissement, son bec ne se releverait pas et n'enfilerait pas la portion membraneuse. On conçoit que les difficultés seraient plus grandes encore si la courbure de cette dernière était augmentée par le spasme des faisceaux musculaires de Wilson.

Quel que soit le siége du rétrécissement, du moment que la bougie s'y est engagée, il faut la pousser d'une manière lente et continue,

tant qu'elle fait des progrès, et, s'il se peut, jusqu'au delà de l'orifice interne de l'urèthre ; car si l'on s'arrêtait après avoir franchi l'obstacle, on ne serait pas sûr qu'il n'en existe pas d'autres plus profondément.

Si la distension de la vessie est considérable, on retire la bougie, et presque toujours l'urine jaillit immédiatement par un filet plus ou moins ténu. Lorsque le jet s'est arrêté, on la réintroduit, ce qui ne présente ordinairement pas de difficulté, et on la laisse en place jusqu'à ce que la vessie soit de nouveau distendue.

Lorsque le malade peut attendre quelque temps, il vaut mieux ne pas retirer l'instrument : quelquefois, après un séjour d'une demi-heure, une heure, l'urine peut sortir autour de la bougie.

Mais parfois celle-ci ne passe pas : plusieurs raisons peuvent en être cause.

La première est l'impossibilité d'engager sa pointe dans l'orifice du rétrécissement.

Je regarde cette impossibilité comme très-rare dans la région spongieuse ; mais il n'en est pas de même à la courbure du canal. Le changement de direction, le spasme des fibres musculaires, qui tirent la portion membraneuse en avant, s'opposent quelquefois à ce que le bec de l'instrument pénètre dans la portion ascendante ; mais les difficultés les plus embarrassantes proviennent presque toujours de petites fausses routes préalablement faites à côté du rétrécissement, surtout dans le bulbe.

J'ai déjà eu occasion de dire combien cet accident est fréquemment l'effet du cathétérisme à l'aide des algalies, même dans des cas où le canal est libre. (*Rech. sur les mal. des org. urin.*, etc., p. 306.) Ne devra-t-il pas être encore plus commun quand il existe un rétrécissement à l'entrée même de la portion membraneuse ?

Supposons donc que la bougie soit arrêtée, et qu'à la facilité avec laquelle on la retire on ait lieu de croire qu'elle s'engage dans une fausse route, il est clair qu'alors l'emploi de la force ne pourrait qu'augmenter le mal. Si une sensibilité particulière, si un écoulement de sang donnent à penser que la fausse route est récente, et si les accidents ne pressent pas trop, il faut attendre la cicatrisation pour recommencer les manœuvres : ce serait même surtout alors qu'on devrait recourir aux palliatifs dont je parlais en commençant ce chapitre. Si, au contraire, il y a urgence de traverser le rétrécissement, il faut aller, pour ainsi dire, à sa recherche à l'aide d'une bougie plus fine et assez flexible pour céder à une pression qui aurait pour effet d'augmenter la fausse route.

Que celle-ci soit récente ou non, il est rare qu'elle devienne un obstacle sérieux quand elle se trouve dans la portion spongieuse de

l'urèthre. On courbe tant soit peu l'extrémité de la bougie, puis on l'introduit avec beaucoup de lenteur, le bec dirigé du côté opposé au siége présumé de la fausse route ; on se garde bien, pendant ce premier temps, de lui imprimer le moindre mouvement de rotation. Si l'on ne pénètre pas directement, il ne faut pas trop insister ; on retire la bougie d'un ou deux centimètres, et on la repousse comme la première fois, *après* avoir, par un très-léger mouvement de rotation, changé tant soit peu la direction de son bec. On présente ainsi successivement celui-ci à différents points de la circonférence du canal, jusqu'à ce qu'il ait enfilé le rétrécissement. Sitôt qu'on sent qu'il s'engage, il faut se garder des mouvements de va-et-vient, comme on le voit faire tous les jours, pour peu que l'instrument se trouve arrêté, parce qu'il pourrait très-bien arriver qu'on ne retombât pas de suite dans le rétrécissement ; il faut, au contraire, insister par une pression douce et soutenue qu'on peut porter aussi loin que la tige le supporte sans fléchir ; on peut même allonger le canal sur elle pour la soutenir, et quelquefois on remplit encore plus utilement cette indication en glissant sur elle jusqu'à l'obstacle un tube métallique droit ouvert à ses deux extrémités. Avec la bougie que j'ai recommandée, on n'a rien à craindre lorsque sa pointe est engagée dans le rétrécissement. Ces manœuvres, exécutées avec beaucoup de lenteur et de patience, seront presque toujours couronnées de succès.

Mais les difficultés sont plus grandes encore lorsqu'une fausse route, même peu profonde, a été faite dans la paroi postérieure du bulbe ; car celle-ci se trouvant alors dans la direction de la portion spongieuse, et en étant pour ainsi dire la continuation, le bec des bougies s'y engage presque nécessairement. Je possède une pièce anatomique sur laquelle on voit une fausse route de ce genre parfaitement organisée et profonde de 8 à 10 millimètres : la portion membraneuse s'ouvre sur la paroi supérieure de la portion bulbeuse par un orifice extrêmement étroit, qu'on distingue à peine des lacunes avoisinantes ; et ces raisons, la première surtout, ont fait que, pendant vingt-cinq ans, on n'a jamais pu parvenir dans la vessie.

Ainsi, les fausses routes, sauf quelques cas où l'on a employé une force que rien ne justifie, ne sont pas très-graves par elles-mêmes, parce qu'en raison de leur direction, le courant urinaire tend plutôt à appliquer leurs parois l'une contre l'autre qu'à s'engager dans leur intérieur ; mais on voit, par ce que je viens de dire, qu'elles ont quelquefois des conséquences extrêmement fâcheuses, puisqu'elles peuvent rendre incurable une maladie dont le traitement, sans cela, n'aurait présenté aucune difficulté. On ne saurait donc trop prendre de précautions pour les éviter ou pour leur laisser le temps de se cicatriser lorsqu'elles ont été faites. Il est probable que celle dont je viens de parler

ne se serait pas organisée si l'on n'eût engagé plusieurs jours de suite des instruments dans son intérieur ; car j'en ai vu de bien plus profondes guérir en très-peu de temps.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une fausse route existe dans le bulbe, et qu'il importe de traverser le point coarcté, il ne faut pas oublier que l'ouverture anormale se trouve presque toujours au-dessous et en arrière du rétrécissement. Il faudrait donc, après avoir introduit une bougie un peu plus courbée encore à son extrémité que dans le cas précédent, tenir à peu près constamment son bec tourné vers la paroi supérieure, n'imprimer à celui-ci que de très-légers changements de direction, et lui faire parcourir successivement les différents points qui avoisinent l'entrée de la portion membraneuse par des mouvements de va-et-vient opérés avec une extrême lenteur. La lenteur a ici un double avantage : elle n'expose pas à augmenter la fausse route, et permet, dans le cas où l'on enfilerait le rétrécissement, de ne pas en retirer involontairement la bougie. Il m'est arrivé de réussir ainsi, après des manœuvres déjà si longues que je commençais à désespérer du succès, notamment chez un malade que m'avait adressé M. Mialhe, et chez lequel de nombreuses tentatives de cathétérisme avaient constamment échoué. Le rétrécissement existant à la courbure de l'urèthre n'était ni très-étroit ni très-dur ; seulement une fausse route s'opposait à ce que la bougie s'engageât directement.

Si l'on perd espoir de réussir ainsi, on peut essayer des algalies de différents volumes ; non pas que j'adopte les idées de M. Mayor, comme on le verra plus loin, mais parce qu'avec le bec de ces instruments métalliques, il est assez souvent facile de sentir une légère dépression correspondant à l'ouverture par laquelle l'aponévrose moyenne du périnée laisse passer la portion membraneuse de l'urèthre. C'est là surtout qu'il faut appuyer ; car cette dépression, dont on augmente ainsi la profondeur, pourra servir de guide à la bougie ; et d'ailleurs, comme les rétrécissements de cette bougie sont moins constamment durs que ceux de la région spongieuse, ainsi que Boyer en avait déjà fait la remarque (*Mal. chir.*, t. IX, p. 204, 4me édit.), il arrive quelquefois qu'on sent l'algalie pénétrer peu à peu. Alors donc on insiste, et on peut même s'aider pour cela de la main gauche appliquée sur le périnée et pressant sur la convexité de l'instrument. Mais il faut avoir bien soin de ne pas dépasser un certain degré de force que l'expérience seule apprend ; il faut surtout se garder des mouvements brusques, saccadés, dirigés à chaque instant dans des sens différents : c'est presque toujours ainsi qu'on fait de fausses routes ; car, pour peu que le bec de l'algalie soit mousse et arrondi, une pression lente et continue peut déprimer assez fortement les tissus sans les rompre. Je n'ai pas besoin de dire que c'est surtout alors que

doivent être proscrits ces mouvements de vrille que préconisent quelques praticiens.

Lorsque l'algalie ne pénètre pas, et que la dépression est sensible, on peut introduire jusqu'à elle un tube ouvert à ses deux bouts et légèrement courbé près de son extrémité vésicale. Cette extrémité, appuyant au centre de la dépression, pourra servir de guide à une bougie passée dans l'intérieur du tube. M. Beniqué conseille même de remplir un conducteur de ce genre de bougies fines de boyau, et de les pousser successivement jusqu'à ce que l'une d'elles tombe sur l'orifice et y pénètre. (*De la Rét. d'ur.*, 1838.) Je n'ai jamais eu besoin de faire usage de ces procédés; mais je crois qu'on devrait les essayer avant de recourir aux dernières ressources qui nous restent alors, et qui sont : la ponction de la vessie, le cathétérisme forcé par la méthode de Boyer, ou bien l'opération d'une boutonnière pratiquée au-devant du rétrécissement.

Mais la ponction de la vessie ne fait que remédier aux symptômes les plus urgents. Dans les cas dont il s'agit actuellement, elle n'ôte rien ou presque rien aux difficultés du cathétérisme.

Le cathétérisme forcé avec les sondes coniques, sur lequel j'aurai bientôt occasion de revenir, serait ici extrêmement dangereux; car il faut convenir que ce ne serait que par un hasard bien grand que l'instrument s'engagerait dans la bonne voie, que nous supposons fort étroite, plutôt que dans l'ouverture accidentelle, puisque nous verrons que quand il n'existe pas de fausse route, on ne manque presque jamais d'en faire.

Quant à la boutonnière, je ne l'ai ni pratiquée, ni vu pratiquer; mais il paraît qu'elle compte de beaux succès : elle a réussi à J. L. Petit (*Mém. acad. chir.*, t. I), et quelques ouvrages anglais contiennent un assez bon nombre de faits encourageants. On ne peut disconvenir que, si elle a l'inconvénient d'être plus effrayante pour les malades que le cathétérisme forcé, elle a l'avantage de ne pas exposer à des accidents aussi graves, et particulièrement aux infiltrations urineuses. Il est extrêmement rare, comme je l'ai dit plus haut, que l'urèthre soit entièrement oblitéré, et il doit être assez facile de reconnaître et de traverser le point rétréci quand on a la surface interne du canal sous les yeux.

J'aborde une autre source de difficultés.

Je suppose que la bougie se soit engagée dans le rétrécissement, mais qu'elle ne puisse le franchir, que faire alors ? Les uns ont conseillé l'emploi de bougies de plus en plus fines, les autres d'instruments de plus en plus volumineux. La première méthode est la plus ancienne, la seconde est celle qui a été préconisée il y a quelques années par M. Mayor. D'autres enfin ont conseillé des procédés spéciaux.

La méthode ancienne est certainement très-rationnelle, et il suffit de l'essayer pour sentir que la plupart des objections qui lui ont été faites sont sans fondement. On n'a pas pu nier que, du moment où l'extrémité d'une bougie conique franchit un rétrécissement, ce ne soit le moyen le plus sûr de le dilater ; autrement, ce serait prétendre qu'un corps arrondi vaut mieux qu'un coin pour fendre un tronc d'arbre. Mais on s'est efforcé de prouver que c'est précisément à s'engager dans l'obstacle que ces instruments sont impropres, par la raison que leur pointe tend *inévitablement*, dit-on, à faire fausse route, tandis qu'au contraire le bout semi-globuleux d'un gros cathéter vient se placer comme de lui-même et glisse constamment vers le centre de l'enfoncement, ou vers l'endroit *qui offre le moins de résistance.* (Mayor, *Sur le Cathétér.*, etc., p. 10, 1835.)

L'erreur du critique provient de ce qu'il a raisonné sans faire attention à la consistance de l'altération organique qui constitue les rétrécissements, et comme si l'on ne cherchait jamais à les franchir qu'avec des instruments à la fois pointus et rigides. Pour qu'un corps pointu puisse traverser un autre corps, il faut que la solidité du premier soit supérieure à la résistance du second ; dans le cas contraire, celui-là s'émoussera, se ploiera sur celui-ci. Or c'est précisément ce qui a lieu dans le cas qui nous occupe : le rétrécissement est formé par un tissu dur, fibreux, et les bougies dont on fait usage sont très-flexibles. Faisons une comparaison. Supposons une lame de bois, de carton ou même de parchemin ; jamais, quoi qu'on fasse, une bougie de gomme élastique ne parviendra à traverser cette lame, tandis qu'on en viendra à bout avec un cathéter métallique quelque volumineux et arrondi qu'il soit, pourvu que le métal ait une solidité supérieure à la résistance, et qu'on y mette le temps et la force nécessaires. Qu'on remarque bien que ce n'est pas dans le point rétréci que les bougies font fausse route, mais au-devant, dans les tissus sains : il suffit donc, pour éviter cet accident, de ne jamais faire usage d'une force tant soit peu vive lorsqu'on n'a pas la certitude que la pointe de la bougie est engagée dans la coarctation. Or c'est ce qu'il est toujours facile à une main même peu exercée de sentir avec ces bougies, tandis qu'on a rarement cet avantage avec les sondes métalliques volumineuses.

D'un autre côté, on dit que celles-ci glissent constamment vers l'endroit qui offre moins de résistance. Cela est vrai ; mais c'est là précisément ce qui, dans le cas présent, en fait le danger. Le tissu morbide étant moins souple, plus résistant que les tissus sains, la sonde glissera vers ceux-ci, les déprimera en godet, et finira par les rompre si l'on exerce une pression plus forte que leur résistance. Or c'est à quoi l'on est souvent exposé, surtout dans les rétrécissements existant à la courbure de l'urèthre. Ceux-ci se trouvent le plus souvent à la jonction de

la portion bulbeuse avec la portion membraneuse ; mais ils s'étendent souvent un peu en arrière ou un peu en avant. Supposons que quelques millimètres seulement de la portion bulbeuse, c'est-à-dire de la portion horizontale, soient rétrécis ; le saura-t-on d'avance ? et saura-t-on par conséquent si, lorsque le cathéter est arrivé sur le rétrécissement, il faut encore pousser son extrémité dans le sens horizontal, ou bien lui communiquer une impulsion en haut, dans la direction de la portion ascendante de l'urèthre ? Non. Eh bien ! dans l'incertitude, on prendra presque toujours ce dernier parti, d'après ce précepte, parfaitement juste en général, que lorsqu'on pratique le cathétérisme, on doit appuyer de préférence sur la paroi supérieure du canal. On ne pressera donc pas sur le rétrécissement lui-même, mais au-devant, et c'est, je dois le dire, ce qui m'est arrivé dans l'un des cas peu nombreux où j'ai suivi les règles tracées par M. Mayor. J'ai fait une fausse route dans la paroi supérieure du bulbe, au-devant de l'obstacle. Heureusement que ces fausses routes (et je m'en suis assuré dane cette circonstance) ont des conséquences moins fâcheuses que celles qui ont lieu au fond du bulbe, derrière le point rétréci, parce que les bougies rectilignes, en suivant la direction de la portion spongieuse, ont plus de tendance à s'engager dans la bonne voie que dans celle qui a été pratiquée au-devant.

Je suppose actuellement que, dans ce fait, le rétrécissement eût été tout à fait borné à l'entrée de la portion ascendante, et que j'eusse pressé dans la direction de la portion spongieuse, comme il aurait fallu le faire ici, j'aurais pu faire fausse route dans le fond du bulbe, fausse route qui serait devenue pour moi la source des plus grandes difficultés.

Je voudrais donc que M. Mayor, pour compléter ce qu'il a écrit sur le cathétérisme qui porte son nom, eût dit comment, lorsqu'un rétrécissement existe à la courbure du canal, et c'est, je le répète, le plus fréquent sans comparaison, comment, dis-je, on peut s'assurer que l'altération ne porte que sur l'angle de jonction de la portion ascendante avec la portion horizontale de l'urèthre, ou bien qu'elle s'étend sur la première ou sur la seconde, afin qu'on sache quelle direction on doit imprimer à l'instrument. Il conviendra que rien n'est moins précis que le conseil qu'il donne à ce sujet : « Lorsque le cathéter est arrivé à une profondeur telle qu'on peut *supposer* être celle qui répond au pubis, et que cet os est tourné, je baisse le bout de l'instrument pour en engager le bec intérieur derrière le pubis. » (*Sur le Cathétérisme*, p. 22.) Je pense que cela serait difficile à préciser, et cependant une erreur de quelques millimètres pourrait avoir des conséquences fâcheuses.

Supposons maintenant que le tissu induré forme un entonnoir et que la sonde ne puisse glisser à côté ; mais par cela même que ce tissu a

quelquefois la dureté des ligaments, des cartilages, n'aura-t-on pas à craindre que, pendant qu'on cherche à le franchir de vive force, ce ne soit au contraire le tissu antérieur auquel, pendant ces manœuvres, le point résistant se trouve pour ainsi dire suspendu, qui cède et se déchire ?

En 1834, j'ai fait l'expérience suivante à Bicêtre. Comme j'examinais habituellement les organes urinaires de tous les cadavres qui étaient apportés à la salle d'autopsie, je rencontrai une fois un rétrécissement du milieu de la portion spongieuse qui me parut très-résistant. Je résolus alors de vérifier la valeur des assertions de M. Mayor, qui était venu à Paris et qui faisait grand bruit de sa méthode. Ne pouvant passer avec une algalie ordinaire, je pris un cathéter en étain de 6 à 7 millimètres, et, pour être plus sûr de tomber sur le rétrécissement et non à côté, je le redressai complètement et je me mis à presser beaucoup plus fortement que je n'aurais jamais osé le faire sur le vivant : ce fut en vain. Comme M. Mayor insistait beaucoup sur ce point, que le rétrécissement offre toujours moins de résistance que les tissus sains, je craignais encore d'appuyer dans une direction vicieuse. Je fendis donc le canal jusqu'à 15 ou 20 millimètres du point rétréci pour voir et être bien certain que je pressais sur le rétrécissement lui-même, et alors je pressai de plus en plus, de telle sorte que le cathéter s'enfonça tout à coup ; mais c'était à côté du rétrécissement : celui-ci avait à peine cédé. Ce fait me frappa tellement que j'examinai avec soin l'altération organique, et qu'il est devenu ensuite pour moi le point de départ de nombreuses recherches comparatives. Ce rétrécissement n'avait que 5 ou 6 millim. d'étendue ; extérieurement et dans le point correspondant, l'urèthre était comme étranglé, il avait une couleur blanche nacrée, moins d'épaisseur que les parties voisines, et il n'offrait rien qui ressemblât à l'engorgement du tissu cellulaire sous-muqueux. Tout, depuis la muqueuse jusqu'à la lame fibreuse extérieure, ne formait qu'un noyau blanc, homogène et très-dur.

M. Mayor paraît croire qu'un rétrécissement présente toujours la même somme de résistance, quel que soit le volume du corps qu'on lui présente. Dès lors, il ne s'occupe plus que des moyens de presser plus fortement, tout en s'efforçant de prévenir les fausses routes, et de là ce précepte que je cite textuellement : « Plus le rétrécissement est prononcé et opiniâtre ; en d'autres termes, plus l'urèthre offre de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion des urines, plus aussi j'ai soin de m'armer d'un cathéter de plus en plus volumineux (*Chir. simpl.*, t. II, p. 66). » Mais il ne fait donc pas attention que plus son cathéter est volumineux, plus le frottement est considérable et s'exerce sur des points multipliés ? D'un autre côté, le passage d'un cathéter à travers

un rétrécissement ne s'opère que par la distension, l'allongement du tissu qui le constitue ; or, si cet allongement a besoin d'une certaine force pour arriver à un certain degré, ne faudrait-il pas une force beaucoup plus grande pour arriver à un degré double ? Si donc il est vrai qu'avec un cathéter plus volumineux on peut rendre la compression plus forte, il ne l'est pas moins aussi que la résistance devient en même temps plus considérable. M. Mayor compare souvent le cathétérisme à un accouchement retourné (ce sont ses expressions) ; mais est-ce que les animaux qui arrivent au jour par le museau, ne dilatent pas plus facilement les parties de leur mère que les enfants qui se présentent par le vertex ? Et parmi ces derniers, est-ce que, toutes choses égales d'ailleurs, ceux qui ont la tête petite ne passent pas plus facilement que ceux qui l'ont volumineuse ? Est-ce que ceux-ci n'exposent pas plus que ceux-là aux ruptures de l'utérus, aux déchirures du vagin et du périnée ? Il demande encore si l'on ne préfère pas une grosse canule à une petite, lorsqu'on veut prendre un lavement ; mais je lui demanderai à mon tour : Si une grosse canule ne pouvait pas entrer, chercheriez-vous à introduire le corps de la seringue en le supposant aussi arrondi que possible à son extrémité ?

Il faut bien distinguer les cas où il ne s'agit que de déplisser un canal membraneux pour le franchir, de ceux où il faut le distendre. Dans le premier, on n'a qu'à éluder des obstacles ; dans le second, il faut les forcer. Dans les deux cas, le corps à introduire pénétrera d'autant plus facilement que son diamètre se rapprochera davantage de celui du passage à franchir.

Ainsi, le cathétérisme forcé avec les sondes volumineuses peut avoir de graves inconvénients : à la courbure de l'urèthre, à cause de l'incertitude où l'on est toujours sur la position bien précise du rétrécissement ; dans la région spongieuse, à cause de la résistance que celui-ci y présente fréquemment.

Parmi les procédés spéciaux qu'on a proposés pour vaincre les rétrécissements, je dois placer en première ligne le cathétérisme avec les sondes coniques imaginées par Boyer. J'ai déjà dit que quand la difficulté provient d'un pertuis accidentel creusé à côté du rétrécissement, ces instruments augmentent presque nécessairement le désordre ; ils sont presque également dangereux lorsque le rétrécissement est encore à l'état de simplicité. L'impossibilité que j'ai signalée de savoir au juste quelle est la position de celui-ci par rapport à la courbure de l'urèthre, a des inconvénients encore plus graves avec ces instruments qu'avec les précédents, et, même dans la portion droite du canal, il est presque impossible de les faire cheminer tant soit peu sans faire fausse route. Je vais d'ailleurs exposer brièvement ce que j'ai vu.

J'ai déjà rapporté une observation qui peut bien compter comme un cas de cathétérisme forcé, et dans laquelle une fausse route, commençant au-devant d'un rétrécissement existant au-devant de la symphyse pubienne, allait aboutir dans la vessie.

Sur un sujet que j'ai ouvert, en 1834, à Bicêtre, et sur lequel le cathétérisme forcé, exécuté avec la sonde conique par les mains pourtant si exercées de Murat, avait fait une fausse route : il était survenu une infiltration urineuse de tout le petit bassin, telle que je ne pus y rien reconnaître.

M. Civiale dit avoir assisté à l'ouverture d'un corps où l'on rencontra une fausse route commençant vers le milieu de la portion spongieuse et longeant la paroi supérieure du canal jusqu'à la vessie. Le malade avait été sondé deux jours auparavant par un praticien habile au moyen d'un cathéter pointu. (*Mal. des Org. gén. urin.*, t. I, p. 335.)

D'un autre côté, j'ai vu pratiquer le cathétérisme forcé sur un homme de 45 ans, affecté d'un rétrécissement très-dur commençant à 3 centimètres du méat. Le chirurgien, homme des plus adroits, trouva que ce rétrécissement s'étendait jusqu'au bulbe, et que la sonde, en le parcourant, faisait éprouver une sensation comme si elle eût glissé sur des cailloux. Au bout de trois ou quatre jours, il se forma derrière le scrotum un abcès urineux très-étendu, et ensuite une fistule qui dura longtemps, si elle a jamais guéri. Ainsi le malade a échappé aux dangers immédiats du cathétérisme forcé ; mais on lui fit, si je ne me trompe, une fausse route étendue : il eut un abcès urineux, une fistule, et il reste encore à savoir ce qu'est devenu plus tard le canal artificiel.

Cependant j'ai vu un autre cas où le cathétérisme forcé ne fut pas suivi d'accidents sérieux et où le malade fut en état de sortir de l'hôpital au bout de six semaines.

Je n'ai tenté qu'une seule fois le cathétérisme forcé : c'était à l'Hôtel-Dieu, en 1837 ; mais un petit craquement particulier m'avertit que je venais de faire une fausse route, et je m'arrêtai aussitôt. Comme la rétention d'urine n'était pas complète, je conseillai au malade d'attendre quelque temps avant de se soumettre à de nouvelles tentatives. Je ne sais ce qu'il a fait ; mais, l'année suivante, je le revis à la Charité, où il succomba, son rétrécissement n'ayant pu être franchi.

Les dangers du cathétérisme forcé devaient nécessairement conduire à imaginer d'autres méthodes.

On a conseillé depuis quelques années l'emploi de bougies en baleine qui présentent des pas de vis à leur extrémité ; on a prétendu que lorsqu'elles sont engagées dans le point rétréci, il est toujours possible de les faire passer au travers, comme le ferait la machine qui en a fourni l'idée. Mais je crains que si ces instruments à hélice éprouvent tant soit peu de difficulté dans leur passage, ils n'usent pour

ainsi dire la portion du rétrécissement qu'ils ont traversée, comme une vis userait un écrou de substance moins solide qu'elle, si l'on continuait de tourner, bien qu'elle fût arrêtée dans sa marche. D'ailleurs, ils ne peuvent servir que dans la portion droite où les rétrécissements sont bien moins communs qu'à la courbure.

Wiseman, Hunter, Wathely, et dernièrement M. Leroy d'Etiolles, ont proposé la cautérisation antéro-postérieure pour franchir les rétrécissements rebelles; mais indépendamment des effets fâcheux de la cautérisation sur les tissus, effets que nous étudierons plus tard, cette méthode a des dangers qui lui sont propres. Quelle que soit la perfection des instruments qu'on emploie, on est exposé aux fausses routes, surtout à la courbure du canal, et quand un pertuis accidentel se trouve à côté du point rétréci, on s'égare presque infailliblement. Il faut en outre des applications plus ou moins nombreuses du caustique, et souvent même ces applications suspendent complètement le cours de l'urine.

Toutefois, je ne rejette pas complètement ce moyen; mais je pense qu'à mesure qu'on se fera une idée plus exacte de la texture des rétrécissements, de la nature des difficultés qu'on rencontre, et qu'on se persuadera davantage qu'il est presque toujours possible de réussir avec un procédé bien plus innocent, quoique plus simple et plus expéditif, les rétrécissements infranchissables deviendront infiniment rares.

J'appellerai dans un instant l'attention de mes lecteurs sur ce procédé.

Lorsqu'une bougie s'engage dans un rétrécissement et ne peut le franchir, on a conseillé de la laisser en place, dans l'espoir qu'elle passerait plus facilement le lendemain. Mais n'oublions pas que nous avons supposé les besoins d'uriner urgents et la distension de la vessie arrivée au point d'exiger de prompts secours. Remarquons d'ailleurs que cette pratique ne réussit pas toujours, ainsi que je pourrais en rapporter plusieurs exemples. Toutefois l'importance que nos auteurs classiques accordent à ce précepte exige que je m'y arrête.

C'est un fait vrai que lorsqu'une bougie n'a pu traverser qu'une partie d'un rétrécissement et qu'on la laisse en place, elle traverse beaucoup plus facilement le lendemain le point qu'elle n'a pas su franchir le premier jour. Hunter ne voyait dans ce phénomène que la cessation d'un spasme dont, suivant lui, le rétrécissement était le siége; Dupuytren, sans s'expliquer bien clairement sur sa nature, le désignait sous le nom de *dilatation vitale*. Etayé d'une si puissante autorité, ce mot a fait fortune.

J'ai dit plus haut combien il était difficile de concevoir qu'un tissu altéré, induré, pût jouir de l'excessive contractilité que Hunter lui prêtait; je crois que pour peu qu'on y réfléchisse, on trouvera plus

inadmissible encore l'idée qu'un tel tissu peut se dilater spontanément. Pour moi, ce phénomène est complexe; il est à la fois vital et mécanique. Je vais m'expliquer.

Un rétrécissement, pour être le résultat d'une oblitération de la trame capillaire des tissus, n'est cependant pas entièrement dépourvu de vaisseaux. S'il en était ainsi, le tissu qui le constitue ne vivrait plus, la nature l'aurait éliminé : s'il vit, c'est qu'il reçoit encore du fluide nourricier; seulement il en reçoit à la manière des tissus fibreux, c'est-à-dire que ses vaisseaux n'admettent presque que ce qu'on est convenu d'appeler des liquides blancs. Mais que la vitalité vienne à y être excitée, que la présence d'une bougie y détermine une irradiation, il y aura appel, afflux de liquide, et il s'opérera un véritable ramollissement du tissu. C'est ainsi que se ramollissent et se laissent distendre les ligaments des articulations, la sclérotique, la cornée, etc., quand ils sont quelque temps le siége d'une inflammation. Mais, comme on le voit, ce ramollissement n'est pas une dilatation, c'est une aptitude à être dilaté. J'exposerai plus bas un phénomène qui prouve que cette aptitude se développe réellement. C'est là la partie vitale du phénomène que nous étudions; passons à ce qu'il offre de purement mécanique.

Lorsqu'une bougie est arrêtée dans un rétrécissement, on n'a pas assez fait attention qu'elle ne l'est pas seulement par l'obstacle qui se trouve à son extrémité, mais par la somme des résistances éprouvées par toute la partie de son cône engagée dans le rétrécissement. C'est lorsque cette somme fait équilibre à la force, que l'instrument peut supporter qu'il s'arrête; si l'on presse davantage, il s'affaisse et ploie, sans qu'on puisse en conclure que la partie postérieure du rétrécissement est plus rebelle que l'antérieure.

Si, en effet, on laisse la bougie en place, les parties qu'elle traverse cèdent peu à peu, cessent de la comprimer, et il vient un temps où les obstacles se réduisent à ceux qui sont à son extrémité. Alors, on se trouve, par rapport à la partie qui reste à franchir, comme on se trouvait, avant de commencer, par rapport à celle qu'on a déjà pénétrée; et si l'on vient à presser de nouveau, on force celle-là comme on avait d'abord forcé celle-ci. Les mots de *cessation de spasme*, de *dilatation vitale*, n'étaient, comme on le voit, que l'expression inexacte d'un phénomène qu'on n'avait pas suffisamment étudié.

Une conséquence importante de ce que je viens de dire, c'est que si l'on pouvait immédiatement annihiler toute autre résistance que celle qui s'exerce à l'extrémité de la bougie, celle-ci pourrait très-probablement pénétrer plus avant, jusqu'à ce que la résistance des parties nouvellement traversées, jointe à celle des parties qui ne le sont pas encore, fasse, comme dans la première tentative, équilibre à la pression

qu'il est possible d'opérer. Or, c'est à quoi je parviens par un artifice bien simple. Je substitue à la première bougie une autre plus volumineuse et à cône moins allongé. Celle-ci, plus forte, supporte une pression plus énergique, elle agit uniquement sur les parties déjà dilatées par la première et les dilate encore davantage; de sorte que si l'on revient à la première, elle n'éprouve plus aucune résistance à sa périphérie, dans les points où elle se trouvait auparavant fortement étreinte. Point de raison par conséquent pour qu'elle ne traverse une seconde partie du rétrécissement comme elle avait traversé la première. On alterne ainsi jusqu'à ce qu'on ait complètement franchi l'obstacle. C'est comme s'il existait plusieurs rétrécissements et qu'on se débarrassât de l'étreinte des premiers pour agir plus efficacement sur les autres.

Ainsi, les auteurs conseillent, lorsqu'on ne peut pas franchir une coarctation avec une bougie, d'en prendre une plus fine encore et plus affilée; moi je conseille d'en prendre une plus grosse et à cône plus abrupte, mais pour revenir ensuite à la première. Une bougie plus fine, il est vrai, ne serait pas étreinte aussi fortement que celle qui l'aurait précédée par la portion que celle-ci aurait traversée; mais lorsqu'on a commencé par une bougie déjà très-fine, il n'est guère possible de descendre, et d'ailleurs l'avantage qu'on pourrait retirer de cette substitution serait plus que compensé et détruit par la résistance moindre de l'instrument.

Cette idée, tout à fait d'accord avec ce que nous savons actuellement de la texture constante des rétrécissements organiques et des propriétés des tissus fibreux, n'est pas seulement à l'état de théorie; mais elle a été mise plusieurs fois à exécution avec succès, notamment dans les cas suivants.

Un homme me fut adressé, le 11 mai 1843, par le docteur Beaugrand, pour un rétrécissement des plus durs et des plus étroits existant à l'union du bulbe et de la portion membraneuse. Comme la rétention d'urine était complète et les accidents urgents, il importait de débarrasser promptement la vessie. Après avoir alterné, pendant une heure au moins, les manœuvres que je viens de décrire, je fis pénétrer une petite bougie conique, puis une sonde élastique d'un très-faible numéro, sans qu'il sortît une seule goutte de sang, et je vidai la vessie. Le soulagement fut immédiat, et le traitement marcha avec rapidité.

Un autre malade qui me fut adressé par le docteur L. Hoffmann (l'un de ceux que j'ai cités en parlant de l'incontinence d'urine), avait de nombreux rétrécissements dans les diverses parties de l'urèthre, et notamment à sa courbure où j'en trouvai un très-dur et très-étendu. Les mêmes manœuvres furent absolument nécessaires pour pénétrer

dans la vessie, et encore me fallut-il les répéter pendant au moins cinq ou six jours.

Un soldat d'Afrique avait séjourné pendant six mois, à Montpellier, dans le service fait alternativement par MM. Lallemand et Serre, sans que ces deux habiles chirurgiens eussent pu franchir un rétrécissement qu'il portait au niveau de la racine de la verge. L'urine s'écoulait presque entièrement par une fistule périnéale. Cet homme vint à pied à Paris, pour voir s'il y trouverait pas de soulagement. Entré, le 31 janvier 1845, dans le service de M. le professeur A. Bérard, salle Saint-Gabriel, 26, il avait déjà été soumis à deux tentatives inutiles de cathétérisme, et l'on en essayait une troisième lorsque je survins. J'exposai mon procédé à M. Bérard, qui le mit immédiatement à exécution et pénétra en quelques minutes dans la vessie. La cautérisation antéro-postérieure avait été inutilement pratiquée sur ce malade, à Montpellier.

Assistant, le 18 avril dernier, à la visite de M. Serres, ce professeur me fit voir dans son service un malade affecté d'un rétrécissement à la courbure de l'urèthe, qu'on n'avait pu franchir, malgré des tentatives réitérées. Cet homme, désespéré de l'inutilité de ces efforts, ne voulait plus se soumettre à de nouvelles épreuves ; mais il céda, et il eut bientôt occasion de s'en applaudir, car, après que j'eus agi avec une petite bougie, puis avec une grosse, en revenant à la première, je pénétrai sans difficulté jusque dans la vessie.

Toute simple qu'elle est, la méthode que je viens d'exposer n'en a pas moins, si je ne m'abuse, une très-grande valeur ; car souvent, dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, l'introduction de la première bougie est le point le plus difficile et le plus essentiel. Ou bien elle permet presque toujours de franchir immédiatement l'obstacle, sans danger, sans écoulement de sang, presque sans douleur, et la vessie se trouve à l'instant débarrassée ; ou bien, s'il arrivait, ce qui est très-rare, que, malgré le passage de la bougie, l'urine ne pût sortir, même en partie, il serait facile d'introduire immédiatement une petite sonde de gomme élastique, munie d'un fil d'argent légèrement recourbé près de son extrémité interne.

Outre qu'elle ne soulage pas de suite le malade, la méthode de Dupuytren n'est pas exempte d'inconvénients. Laisser une bougie au-devant du rétrécissement pendant 12 ou 24 heures n'est pas chose aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer : par son propre poids, l'instrument tend toujours à se déplacer ; les mouvements continuels du malade, l'agitation à laquelle il est en proie, ses efforts pour uriner, concourent au même effet, et il est même presque toujours invinciblement porté à l'extraire, dans la crainte qu'il ne s'oppose au passage de l'urine. Il faudrait en conséquence, ou bien que le malade réintro-

duisît lui-même à chaque instant sa bougie ; et quelles mains inexpérimentées pour une opération aussi délicate ! ou bien qu'on la fixât avec des liens contre l'obstacle, et encore elle se déplacera presque toujours, pour peu qu'elle se courbe, que les liens se relâchent ou se dérangent, que la verge s'allonge, etc. Il est même arrivé que son bec, en pressant sur les tissus sains, en a déterminé l'ulcération et la perforation. *(La suite à un prochain numéro.)*

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

15. *Recherches cliniques faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes) sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite*, etc. ; par J. Boys de Loury, chirurgien en chef de Saint-Lazare, et par H. Costilhes, D. M.

(Gazette médicale de Paris, N° 24.)

La série des articles que nous nous proposons de publier est le résultat des observations recueillies pendant trois années sur les maladies de l'utérus et sur les maladies syphilitiques, dans le service de l'un de nous (M. Boys de Loury) à Saint-Lazare.

Avant d'entrer en matière, il n'est peut-être pas indifférent de donner à nos lecteurs un aperçu d'un service qui serait un des plus utiles à faire connaître aux jeunes docteurs, mais qui, malheureusement régi par des règlements différents de ceux des autres hôpitaux, n'est accessible qu'à un très-petit nombre de privilégiés.

Saint-Lazare renferme trois infirmeries : la première destinée aux détenues (femmes), la seconde à la correction des jeunes filles : ces deux services confiés aux soins du docteur Collineau ; enfin le dernier service, contenant 300 lits, consacré aux femmes soumises aux règlements de la police, appartient à MM. Delamorlière et Boys de Loury. Cette partie qui forme l'hôpital est séparée du reste des bâtiments de Saint-Lazare par une grande cour et a vue de l'autre côté sur de vastes terrains. Hâtons-nous de dire que cet hôpital est un des mieux situés comme salubrité ; des salles grandes et très-élevées communiquent entre elles par un large corridor ; les malades sont couchées dans des lits en fer suffisamment espacés ; les salles sont parquetées, et la propreté qui y règne est remarquable.

Quant au personnel des malades, il est beaucoup plus variable qu'on pourrait le supposer. En effet, c'est tout au plus si les deux tiers de ces malades sont composés de filles prostituées ; le reste

appartient à toutes les conditions ; le plus grand nombre à la classe ouvrière, à des paysannes des environs de Paris, souvent même à des femmes venant de pays lointains pour chercher à se placer à Paris comme domestiques.

Quant à l'âge, rien de plus variable encore : nous voyons toujours, dans notre service, des enfants de 14 à 15 ans, aussi bien que des femmes de 60 ans passés ; cependant c'est de 18 à 28 que le nombre en est plus considérable.

Nous ne voulons pas nous étendre plus longtemps sur un sujet qui trouvera mieux sa place dans un autre recueil ; mais nous insisterons sur une circonstance, c'est que, malgré la mobilité de cette population, nous n'en voyons pas moins des femmes qui, pendant une série d'années, viennent fréquemment à Saint-Lazare ; et là nous pouvons chaque fois vérifier les modifications que le traitement ou la maladie ont apportées dans leur organisation. Aussi, avons-nous pu pronostiquer, dans beaucoup de cas, la mort de femmes qui avaient, au moment où nous établissions un avenir si fâcheux, toute l'apparence de la plus belle santé. Mais, sans anticiper sur des faits sur lesquels nous aurons plus d'une fois l'occasion de revenir dans le cours de ce travail, les praticiens sentiront l'avantage qui nous est donné de revoir des femmes que nous avons déjà possédées dans notre service ; et cette circonstance nous met à même d'apprécier la valeur de telle ou telle médication.

Nous avons relevé, pendant trois ans, les observations de 1,748 malades réparties de la manière suivante :

Année 1841.	515	malades
1842.	574	—
1843.	659	—

Un plus grand nombre de malades sont entrées dans notre service, mais pour des affections ou douteuses ou trop légères pour être notées, et bien entendu aussi que nous éliminons les observations nombreuses de femmes reçues pour des maladies autres que celles de l'utérus et des maladies syphilitiques.

Si maintenant nous voulons connaître la moyenne de séjour, pour les trois années, des principales affections, nous trouvons le tableau suivant qui résulte de l'observation de 1,748 malades :

Ulcérations simples.	42	jours
Engorgements et ulcérations.	58	—
Catarrhe utérin.	31	—
Syphilides.	50	—
Chancres.	35	—
Pustules, tubercules plats, etc.	29	—
Végétations.	36	—
Bubons.	49	—

dont la moyenne, pour toutes les affections réunies, est de 41 jours ; en faisant observer que le nombre le plus inférieur sur lequel nous avons opéré, les syphilides, était de 57.

Les affections qui se sont le plus fréquemment présentées à notre observation ont été les chancres des parties génitales. Après ce symptôme primitif viennent les maladies de l'utérus, à la tête desquelles se trouvent les ulcérations simples (exubération, érosion) ; elles sont même si fréquentes qu'elles accompagnent presque toujours des affections autres pour lesquelles les femmes sont entrées dans notre service. Il en est de même du catarrhe utérin que nous voyons souvent compliquer les ulcérations et que nous rencontrons également dans les autres maladies. Nous ferons remarquer que les bubons d'emblée se présentent peu communément à Saint-Lazare ; cet accident paraît plus commun chez l'homme. Les bubons accompagnant les symptômes primitifs sont aussi d'un nombre bien limité ; nous devons peut-être à la méthode que nous employons au début des maladies syphilitiques très-aiguës le peu de fréquence de ce symptôme.

Une maladie, dont les auteurs modernes se sont beaucoup occupés, a été très-peu observée par nous : c'est l'iritis syphilitique. Il est même surprenant que, dans un nombre aussi élevé de malades, nous n'ayons eu qu'une seule fois l'occasion de l'observer.

Notons également, pour prévenir le lecteur contre certaine crainte, que jamais la cautérisation avec le nitrate acide de mercure n'a été suivie de salivation, quoique ce moyen ait été très-souvent employé dans les ulcérations un peu profondes du col, non-seulement pendant les trois années qui font la base de ce travail, mais bien plus souvent encore dans les neuf années qui ont précédé.

Une chose encore fort importante que nous voulons consigner dans ce préambule, c'est que la plupart des femmes qui sont entrées dans notre service avec des syphilides étaient toutes des femmes qui n'avaient pas encore été traitées par nous ; ou ces malades arrivaient de la campagne, ou bien elles avaient été reçues dans d'autres services.

M. Boys de Loury remarque que lorsqu'il a pris le service de Saint-Lazare, il y avait un très-grand nombre de syphilides, et que maintenant ces accidents secondaires sont assez rares.

Toutes les fois qu'un symptôme primitif présente un peu de gravité, lorsqu'il paraît se limiter difficilement, nous insistons pour que le traitement anti-syphilitique soit bien suivi et pendant un temps suffisant ; et nous croyons pouvoir attribuer à

cette cause le peu de multiplicité de nos accidents secondaires.

La vaginite, qui, à l'hôpital de Lourcine, offre assez de fréquence, ne s'est présentée à notre observation, dans l'espace de trois années, que 37 fois ; et encore était-elle compliquée d'un certain nombre de symptômes primitifs divers. Il en sera de même de l'uréthrite, que nous n'avons observée que 12 à 13 fois ; encore une de ces années ne nous a-t-elle présenté que deux cas. Nous ferons remarquer que nous avons dirigé sur toutes les malades notre attention sur ce point qui excite, depuis quelques années, l'intérêt des syphilographes ; non-seulement nous pressons de haut en bas sur toute l'étendue de l'urèthre, mais nous enjoignons aux malades de rester quatre à cinq heures sans uriner avant d'être soumises à notre examen.

Il est un point très-important, lorsque l'on veut s'occuper des maladies des organes génitaux de la femme : c'est d'apprendre à examiner toutes les parties avec la plus scrupuleuse attention. Cette recommandation, qui pourrait sembler puérile, a pourtant une telle portée, que des médecins peuvent examiner une malade sans se douter de l'affection qu'elle porte ; et nous avons été souvent témoin de semblables erreurs commises par des praticiens qui agissaient légèrement ou qui n'y apportaient pas toute leur attention. On conçoit aussi que ces maladies puissent plus facilement échapper que chez l'homme au regard du praticien ; nous insisterons donc sur quelques avertissements qui ont été omis ou traités trop brièvement par leurs auteurs.

Il est nécessaire de déployer et d'écarter les grandes et les petites lèvres pour mettre l'entrée du vagin bien à découvert, Si, en prenant cette précaution, on reploie de suite les nymphes en dehors, sans les avoir examinées sur leurs deux faces, on peut ne pas apercevoir des chancres placés sur leur côté externe. Bien plus, nous avons vu les doigts du médecin cacher des chancres ou des pustules placés en dehors des parties génitales pendant qu'il examinait l'entrée du vagin.

Rien n'est plus commun que de voir des chancres siégeant dans la rainure que forme l'urèthre avec le vagin. Nous reviendrons plus tard sur la difficulté qu'il y a à guérir ces sortes de chancres. Dans ce cas, si l'observateur n'a pas l'œil placé plutôt au-dessous du niveau des parties génitales de la femme couchée sur le lit d'exploration, jamais il ne pourra s'apercevoir de la lésion que porte la malade. Il est donc important que le médecin ne soit pas debout, mais assis devant un lit assez élevé pour que les parties que l'on veut explorer soient à la hauteur de sa vue. Le lit doit être fait avec des matelas assez durs pour qu'ils ne

s'affaissent pas sous le poids de la femme; car il est très-important que les fesses puissent être à découvert. Pour cela, il faut que la malade ait le siége porté le plus près possible du bord du lit, les cuisses écartées et relevées par deux aides. Nous préférons cette méthode à celle qui consiste à placer la malade sur un lit ayant deux sandales immobiles qui ne relèvent pas les cuisses aussi bien que deux aides peuvent le faire. Quant au spéculum, nous avons adopté exclusivement le spéculum à quatre vulves (1), et en cela nous ne conseillons pas plus celui-là qu'un autre; seulement, quand on en a adopté un, l'habitude qu'on a de s'en servir fait qu'on acquiert avec lui une très-grande habileté; cependant nous lui avons donné la préférence parce qu'il nous évite de nous servir du spéculum plein, et parce que son articulation se trouve placée de telle sorte que la partie la plus large, et qui reste à l'entrée du vagin, ne prend pas d'extension quand on développe l'autre extrémité; enfin, ce spéculum répond à presque toutes les dimensions du vagin, et nous avons rarement recours à d'autres formes de cet instrument.

Voici comment nous appliquons le spéculum : la main gauche, écartant les petites lèvres, appuie sur la commissure postérieure; le spéculum huilé est introduit *diagonalement, de haut en bas, de manière que l'une des extrémités de son grand diamètre corresponde en dehors et à droite du méat urinaire, et en bas à gauche de la fourchette.* Cette manière de procéder nous permet d'examiner la plus grande partie des femmes, le jour même de leur entrée, quand bien même elles auraient un chancre considérable à la commissure postérieure; de plus, nous ne contondons pas l'urèthre qui souvent est fort douloureux dans les cas d'uréthrite, et qui, d'ailleurs, faisant saillie dans l'intérieur du vagin, serait encore un obstacle à la libre introduction du spéculum. Lorsque nous avons découvert le col, nous enlevons les mucosités qui le recouvrent avec des pinceaux de charpie; si cela ne suffit pas, nous faisons quelques injections d'un liquide émollient.

Dans tous les cas où le col paraît volumineux, où il y a eu des douleurs abdominales, chaque fois qu'il y a eu des hémorrhagies, nous pratiquons le toucher, et nous blâmons la méthode des médecins qui appliquent le spéculum sans cette précaution. Cet instrument, en effet, ne peut donner une idée ni de la densité de

(1) Le spéculum dont nous nous servons, au lieu de porter deux goupilles saillantes à l'intérieur pour chacune des vulves mobiles qui ont l'inconvénient de se détacher lorsque l'on porte des tampons sur le col de l'utérus, nous les avons remplacées par de petites broches de fer qui passent dans l'épaisseur des vulves, les retiennent solidement et ne font aucune saillie.

l'organe, ni de son degré de sensibilité et de chaleur, ni des vices de situation qu'il peut présenter. Lorsqu'il y a des douleurs vives s'irradiant dans le bassin, lorsque la maladie a des caractères graves que l'exploration seule du col ne peut expliquer, le toucher rectal nous permet d'apprécier si ce n'est pas le corps de l'organe lui-même qui serait affecté.

Quant au toucher par le vagin, voici comme nous le pratiquons : nous faisons, avec la pulpe de l'indicateur, le tour de l'organe, pour nous assurer jusqu'à quel degré il se trouve engorgé, s'il y a quelques points indurés, ramollis, etc. C'est au centre de l'organe qu'il faut apporter le plus d'attention, car c'est en général à l'orifice que ses ulcérations sont le plus fréquentes. On s'assure en même temps de la dilatation de l'orifice ; enfin, en retirant le doigt, nous explorons de plus les parois du vagin.

Nous conseillons le toucher, sur la même femme, dans deux positions, couchée et debout ; c'est le seul moyen de s'assurer des changements de situation qui causent souvent des accidents tels, qu'on croirait avoir affaire à une dégénérescence de l'organe, et que des moyens très-simples, comme nous le verrons dans la suite de ce travail, peuvent faire cesser.

Des dimensions et des différentes formes du col de l'utérus.

Il est excessivement difficile de déterminer les dimensions véritables du museau de tanche. Les auteurs ont d'abord noté deux divisions : celle des femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, et celles qui en ont eu.

On croit généralement que le col des femmes qui ont eu des enfants est beaucoup plus gros, plus tuméfié, et que l'orifice en est beaucoup plus béant. Notre pratique nous a démontré que cette règle est loin d'être sans exception. On voit des femmes qui, ayant eu même plusieurs enfants, ont l'orifice du col petit, sans être frangé, et le col lui-même n'ayant pas acquis plus de volume que chez une jeune fille.

Quant à l'âge, les dimensions du col présentent sans doute aussi des différences ; mais il y a des femmes déjà sur le retour dont le col offre une dimension plus grande que dans la jeunesse.

Ce n'est pas chose facile de donner exactement les dimensions du col à l'état physiologique : il est donc essentiel de bien s'entendre pour déterminer l'étendue du col de l'utérus à l'état sain, et il n'est pas pour nous de doute que des médecins *attribuent tantôt à un engorgement ce qui est l'état de santé, et jugent d'autres fois comme sains des cols que nous regardons comme affectés d'engorgement.*

Les dimensions les plus petites que nous ayons observées portaient le *diamètre transversal*, qui est le plus large (à la base du col), *à 1 centimètre 1/2 sur 1 centimètre dans le diamètre antéro-postérieur. La plus grande dimension*, quand il n'y a pas *engorgement*, est toujours au-dessous de 3 *centimètres en largeur*, et alors il peut y avoir 2 *centimètres dans le diamètre antéro-postérieur.*

On remarquera que cette différence de diamètre donne toujours au col de l'utérus *une apparence ovale; de sorte que, pour nous, si le diamètre antéro-postérieur augmente, il y a de l'engorgement:* ainsi, les diamètres latéraux n'étant que de 2 centimètres, et le diamètre antéro-postérieur ayant la même dimension, nous regardons le col comme engorgé; et en effet, dans ce cas, si on examine l'orifice du col, on verra qu'il ne se trouve plus au centre, et par conséquent l'une ou l'autre des lèvres aura pris de l'extension; il y a donc maladie, il y a engorgement.

Dans les engorgements (suite de fausses couches), nous avons rencontré des cols dont le plus grand diamètre portait de 4 à 5 centimètres.

A l'état sain, le col présente le plus ordinairement la forme d'un segment d'ovoïde; quelquefois, plus rarement, une forme conique, et alors il fait une grande saillie dans le vagin. Cet état se rencontre souvent chez les femmes stériles. Nous l'avons vu, au contraire, rentré au point qu'il paraît siéger au delà de l'insertion du vagin; il est, dans ce cas, difficile de le trouver, et son orifice semble faire la continuation du vagin. Nous avons vu cette anomalie se présenter dans quelques cas où l'on pouvait croire que la lèvre antérieure ou la lèvre postérieure manquait.

Quant à l'orifice du col chez les femmes qui n'ont eu ni fausses couches, ni enfants, il ne dépasse guère 5 à 6 millimètres dans le diamètre transversal, lorsque, comme c'est le plus ordinaire, l'ouverture est linéaire. Si l'orifice est arrondi, le diamètre transversal paraît diminué d'autant. Dans quelques cas, rares il est vrai, l'orifice est réduit à un diamètre d'un millimètre.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, le diamètre de l'orifice est toujours agrandi dans le sens transversal, sans pourtant avoir quelquefois des diamètres exagérés; presque toujours il se forme à son bord des espèces de franges arrondies, variables en nombre, et qui donnent à cet orifice l'apparence déchirée. Il arrive aussi que cet orifice s'agrandit beaucoup, que les lèvres en restent béantes, et que la vue peut pénétrer jusqu'à 1 centimètre dans l'intérieur du col. Il faut aussi faire observer que, chez quelques femmes qui ont eu plusieurs enfants, nous avons vu des

orifices semblables à celui d'une femme n'ayant jamais procréé. Chez les femmes enceintes, les lèvres du col, comme l'a fait observer M. Marc d'Espine, sont molles, gonflées; l'orifice est quelquefois dilaté au point de permettre au doigt de pénétrer assez profondément dans le col.

Les auteurs disent avoir observé que, chez les femmes qui ont leurs règles ou vont les avoir, le col se trouve suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du doigt. C'est une erreur que nous croyons devoir relever et qui a déjà été signalée par MM. Nivet et Blatin ; car, sur une multitude de femmes que nous avons examinées dans ce but, nous nous sommes rarement aperçu qu'il y ait eu une différence dans le diamètre de l'orifice.

La position du col n'est pas constamment la même. Les auteurs ne se sont pas assez appesantis sur cette différence de position. Pendant plusieurs mois, nous nous somme occupé d'examiner un grand nombre de femmes sous ce rapport. Nous ferons observer d'abord qu'il faut une grande habitude pour constater, par le toucher, certaines obliquités peu prononcées.

Nous n'avons constaté que très-rarement la position du col placé au milieu du vagin. La position la plus ordinaire est le renversement plus ou moins prononcé du corps de l'organe en avant ; ce que l'on appelle l'antéversion. Cette déviation est tellement fréquente qu'elle peut l'emporter sur les autres des deux tiers. A cette position se joint souvent une déviation à droite ou à gauche (obliquité latérale). C'est du côté gauche que le col se porte le plus fréquemment. Cette obliquité est telle quelquefois que l'orifice de l'utérus va se cacher au haut du vagin, et qu'en touchant on ne sent qu'une surface arrondie sans orifice, et si on n'avait la précaution d'entourer le col avec le doigt, on croirait qu'il est dans la position naturelle. Rappelons ici, en passant, l'importance du toucher ; car le plus ordinairement, en examinant une femme au spéculum, l'instrument remet l'organe en place, et cette déviation, qui est souvent la cause principale des douleurs et des phénomènes qui se passent dans le bassin, échappe à l'observateur.

Des ulcérations du col de l'utérus.

L'usage si universellement répandu aujourd'hui du spéculum fait voir combien sont fréquentes les affections du col de l'utérus, et principalement les ulcérations, maladies dont on ne pouvait auparavant le plus souvent soupçonner l'existence.

Les ulcérations sont rares avant la puberté ; elles sont même rares encore chez les jeunes filles qui ont dépassé cette époque,

tout ayant cohabité avec des hommes. Les auteurs ont répété qu'elles deviennent plus fréquentes après l'âge critique : cette assertion, la pratique ne la confirme pas ; elles paraissent au contraire bien plus fréquentes de 20 à 25 ans que dans un âge plus avancé. Quant aux causes occasionnelles, elles sont nombreuses : ainsi, dans le catarrhe utérin purulent, le liquide exhalé excorie tantôt la surface du col qui, dans quelques cas, baigne et se trouve comme macéré dans la matière de l'écoulement, tantôt la lèvre postérieure seulement, de même que, dans une inflammation de la conjonctive, l'épiphora détermine l'érythème ou l'érosion de la paupière inférieure et de la joue. Le coït trop souvent répété, surtout chez la plupart des femmes qui viennent à Saint-Lazare, les irritations du col par les instruments dans les tentatives d'avortement, les suites d'accouchement, même non laborieux, sont des causes fréquentes d'ulcération. Il n'est pas douteux que les pessaires, la malpropreté, l'abaissement de l'organe, et mieux encore l'antéversion, la rétroversion et les obliquités de l'utérus par suite des frottements de l'organe contre les parois du vagin, ainsi que les affections de l'âme et les chagrins, ne déterminent aussi quelquefois des ulcérations de l'utérus qui, dans ces deux dernières circonstances, prennent un caractère grave. Le vice syphilitique n'est pas une cause aussi fréquente qu'on se l'imaginerait de prime abord ; nous ne l'avons constaté que sur un nombre extrêmement limité de femmes. Cullerier le regardait aussi comme très-rare.

Nous divisons les *ulcérations de l'utérus* en deux classes : *simples ou non cancéreuses, et cancéreuses.*

Quant aux ulcérations de nature dartreuse et psorique, leur existence d'abord ne nous paraît pas prouvée ; puis nous devons, dans l'état actuel de la science, faire justice de ces prétendues répercussions qui avaient été admises à une époque où les maladies de la peau étaient encore peu connues.

Ulcérations simples du col de l'utérus.

Faisons observer que nous commençons par l'exposition des ulcérations les plus bénignes, celles qui présentent le moins de gravité et qui guérissent par les moyens les plus simples.

Ulcérations légères ; érosions (*exulcération* ; *uscuscules*).

Les ulcérations simples, bénignes, présentent plusieurs modes de développement dont les auteurs se sont peu occupés. Voyons d'abord le cas le plus simple, la rougeur du col.

Si les exulcérations doivent leur naissance à une leucorrhée

ou à un écoulement succédant à une métrite chronique ou à un accouchement, le pourtour de l'orifice du col est rouge, l'épithélium existe, la rougeur de l'orifice s'étend autour du col, mais se prolonge plus sur la lèvre postérieure que sur l'antérieure, même dans des cas assez fréquents ; la lèvre antérieure paraît à peine malade, lorsque la postérieure est rouge et tuméfiée. Cette prédilection des ulcérations pour la lèvre postérieure est due à la position de l'organe : lorsque les femmes sont assises, les liquides qui s'écoulent de l'intérieur de l'utérus, passant ou s'arrêtant davantage sur la lèvre postérieure, sont une cause continuelle d'irritation.

La rougeur peut ainsi s'étendre sur toute la superficie du col, être très-intense, sans que l'épithélium soit cependant détruit ; on voit de ces affections légères se dissiper d'elles-mêmes sans traitement, et sans que des ulcérations soient survenues.

Ce premier degré de maladie dont nous nous occupons cause ordinairement peu de douleur ; d'ailleurs, il est à remarquer que les ulcérations bénignes sont souvent indolentes : pourtant on trouve quelques exceptions à cette règle, et nous avons rencontré des femmes dont les douleurs étaient assez vives pour nous faire croire à une affection beaucoup plus grave, si le spéculum n'était venu nous rassurer sur leur état.

Si cette rougeur augmente d'intensité, l'organe se tuméfie ordinairement ; en acquérant plus de volume, il prend une nuance rouge plus prononcée ; les capillaires gorgés de sang le laissent échapper au moindre effort, à la plus légère pression. L'ulcération ne tarde pas alors à se manifester ; la muqueuse paraît se ramollir, tantôt sur plusieurs points, tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, sur un seul point, près de l'orifice de l'utérus, sur la lèvre postérieure. Cette ulcération s'étend de proche en proche, de manière à envahir une grande partie du col de l'utérus. Mais le plus ordinairement l'ulcération entoure l'orifice et se borne à 4, à 6 millim. autour de lui ; en même temps on voit que l'ulcération n'a pas de profondeur et se borne à détruire l'épithélium. Lorsque les ulcérations prennent naissance sur plusieurs points de la surface, on voit alors des ulcérations superficielles disséminées, de formes variables, souvent triangulaires ; elles s'agrandissent et finissent par se réunir ; elles forment bientôt une seule ulcération qui peut occuper un assez grand espace.

Les ulcérations peuvent se développer à la suite de rougeurs disséminées sur la surface de l'organe ; elles sont semblables à des piqûres de puces, et paraissent formées par un lacis de vaisseaux. Ces taches s'ulcèrent de proche en proche et ne tardent

pas à former une seule ulcération qui peut acquérir les plus grandes dimensions.

On voit quelquefois les ulcérations naître d'une manière différente, et peut-être croirait-on le mode d'invasion dont nous allons nous occuper plus fréquent, si on était appelé à temps pour l'observer. Nous avons vu plus d'une fois de petites pustules se développer sur plusieurs points du col de l'utérus et ne paraissant pas alors affecter plus particulièrement le voisinage de l'orifice. Ces pustules, en général, petites, rondes, sont quelquefois sans changement de couleur du reste de l'organe, ou plutôt elles sont d'une teinte plus claire que le reste du col ; elles sont formées par l'épithélium soulevé par un liquide tantôt transparent, tantôt purulent ; nous les avons vues ordinairement plus petites qu'un grain de millet, jamais plus grandes. Lorsqu'on les perce, on voit la membrane muqueuse déchirée, rompue, et lorsque le liquide est écoulé, une rougeur succède à cette rupture. Cette rupture s'opère-t-elle d'elle-même, on trouve à la place que les pustules occupaient, des ulcérations disséminées, rondes, qui peuvent s'agrandir, se rapprocher et se réunir. A cette époque, il n'y a plus de différence entre les ulcérations succédant à la rougeur de l'épithélium et celles qui doivent leur origine à des pustules. Quoi qu'il en soit des divers modes de développement de l'ulcération bénigne, la guérison est facile ; elle ne cause, ainsi que nous l'avons dit, que rarement de la douleur ; rarement elle demande plus d'un mois pour être complètement guérie ; et si on examine l'organe après cette guérison, on ne voit aucun signe qui puisse faire croire qu'il y ait eu une maladie : la rougeur a entièrement disparu ; l'organe a repris ses dimensions ordinaires ; l'épithélium, l'apparence lisse qu'il avait auparavant.

Nous venons de voir que, dans cette maladie, la douleur est nulle ou très-légère : c'est ce que nous observons à Saint-Lazare. L'absence de prurit dans le fond du vagin, de douleurs vives du col éveillées par le contact du doigt ou du spéculum, et qui rend surtout le coït pénible, symptôme que nous observons plus souvent en ville, tient sans doute au peu de sensibilité du col chez les filles ou femmes qui font abus du coït.

Un symptôme très-important dont nous n'avons pas encore parlé, c'est l'écoulement plus ou moins abondant qui s'échappe du vagin des malades, et qui provient de la surface érodée elle-même, ou en même temps, ce qui s'observe souvent, de l'intérieur de l'utérus par suite de la phlegmasie qui s'y est propagée de l'extérieur à l'intérieur. L'irritation peut aussi suivre une marche

inverse, c'est-à-dire partir de la muqueuse interne de la cavité de l'utérus, ou de celle du col, etc. ; mais ce n'est pas ici le lieu d'en parler : nous en traiterons quand nous décrirons l'engorgement.

Nous avons rarement observé l'engorgement accompagnant les érosions ; quand il existe, c'est sur la lèvre postérieure principalement qu'on le constate.

Lorsque l'affection consiste simplement en une rougeur, des injections mucilagineuses, faites à une température basse, un régime délayant, un ou deux bains entiers par semaine, suffisent pour en obtenir la guérison. L'exulcération existe-t-elle, on calme d'abord par les moyens dont nous venons de parler les symptômes d'inflammation, puis on soumet la malade aux injections toniques et astringentes (les décoctions de feuilles de noyer, le ratanhia, les acéto-alunés : alun, 4 grammes ; vinaigre pharmaceutique, 30 grammes ; eau, 500 grammes). Nous avons rarement recours aux évacuations sanguines. Les cas sont en général trop légers. Quelquefois nous employons avec succès la cautérisation faite légèrement avec la pierre infernale, une ou deux fois au plus chaque semaine, dans le but de modifier, de changer la vitalité de la face érodée ; mais le plus ordinairement nous n'avons pas besoin de recourir à la cautérisation, et aussitôt que la cicatrisation commence à se former sur les bords, on cesse tout moyen excitant. C'est surtout dans les cas d'atonie du col, entretenus par un état morbide général, que la cautérisation produit de bons effets. Dans le cas contraire, quand l'érosion est d'un rouge vif, lorsqu'elle est sensible, douloureuse, etc., la cautérisation, même légère, ne fait qu'irriter davantage, au lieu d'arrêter la marche de l'exulcération.

Le repos des organes malades est quelquefois une condition indispensable au succès du traitement ; mais il ne faudrait pas non plus, dans certains cas (l'atonie, par exemple), en abuser, comme cela se pratiquait il y a quelques années seulement.

Terminons par une dernière remarque. Ainsi que dans beaucoup d'autres maladies, l'ulcération simple de l'utérus, observée chez de jeunes sujets, parcourt quelquefois trois périodes. Pendant la plus longue, celle d'état, l'ulcération semble se jouer des traitements les plus rationnels ; puis tout à coup elle guérit, en quelques jours, avec une grande rapidité.

Il nous reste encore sur ce sujet à décrire une variété d'exulcération peu connue, qui mérite cependant toute la sollicitude des praticiens ; car, sans être très-grave, elle n'en exige pas moins un temps assez long pour guérir.

Cette maladie du col peut se présenter sous trois états différents : 1° tantôt elle consiste en une érosion en quelque sorte boursoufflée, mollasse, saignant très-facilement, dont la surface est élevée au-dessus du niveau du reste de l'organe, ulcération qu'il ne faut pas confondre avec celle de nature fongueuse, que nous décrirons plus loin, et qui en diffère par son aspect végétant, mamelonné, etc. ; l'écoulement qu'elle produit est blanc-jaunâtre, quelquefois verdâtre, toujours très-abondant ; 2° tantôt c'est une ulcération toujours boursoufflée, dont l'aspect est légèrement granulé, qui ne *saigne jamais* et ne produit *aucun écoulement*; 3° dans quelques cas, enfin, c'est une très-large érosion, parfaitement lisse, avec une exsudation à sa surface d'un liquide transparent, filant, très-difficile, à enlever.

Cette variété d'ulcération du col est rare; nous en observons trois ou quatre cas seulement chaque année. Nous l'avons toujours constatée chez des femmes qui ont eu des enfants ou des fausses couches, et qui portaient, dans presque tous les cas, un engorgement considérable du col. Les malades se plaignent habituellement de douleurs et de pesanteur dans l'hypogastre.

Nous pensons que dans les trois cas dont nous venons de parler l'ulcération ne survient que consécutivement à l'engorgement du col, qui, pour nous, est la maladie principale, la seule qui doive fixer l'attention du praticien. C'est ainsi que nous commençons tout d'abord par combattre l'engorgement par les moyens appropriés, ne nous occupant que secondairement de l'ulcération elle-même. Toujours est-il que dans les *deux premiers cas,* en même temps que nous traitons l'engorgement par une ou deux saignées dérivatives, si le sujet est d'une constitution pléthorique, si surtout l'engorgement est encore à l'état subaigu, nous employons quelques dérivatifs sur le sacrum (pommade stibiée, vésicatoires), et nous cautérisons profondément avec le caustique de Vienne solidifié, dans le but de modifier promptement et énergiquement la surface profonde de l'ulcère, de la faire passer à l'état d'érosion simple, et de favoriser ainsi l'absorption d'une partie de l'engorgement. Dans le *troisième cas,* c'est contre l'engorgement du col seulement que nous dirigeons notre traitement; les cautérisations et les topiques ne produisent aucun résultat.

Voici deux observations d'ulcérations de l'espèce dont nous venons de parler.

1° *Engorgement considérable du col ; exulcération boursoufflée sans écoulement utéro-vaginal.*

Obs. I. — Castellan (Rosalie-Catherine), 24 ans, d'une bonne constitution, entre à St-Lazare le 28 octobre 1842. Cette femme porte un engorgement du col de 3 centimètres 1/2 de diamètre avec une ulcération boursoufflée élevée à 2 et 3 millimètres au-dessus du niveau du reste du col dont la coloration est normale.

Cette malade ne souffre pas et n'a aucun écoulement. Elle a eu un enfant il y a deux ans environ. Nous cautérisons, le lendemain de son entrée, la surface ulcérée avec le caustique de Vienne, et nous appliquons en même temps, sur le sacrum, un emplâtre de diachylum saupoudré de 4 grammes de tartre stibié, que nous dûmes renouveler le quinzième jour ; dans l'intervalle, grands bains deux fois par semaine, et injections de ratanhia quatre fois par jour.

Après quatre cautérisations à huit jours d'intervalle, le col a diminué d'un tiers ; nous cautérisons alors l'érosion avec le nitrate d'argent.

La malade sort guérie le 4 décembre, après avoir subi un traitement de cinquante-six jours.

2° *Exulcération du col avec exsudation transparente et engorgement assez considérable du col de l'utérus.*

Obs. II. — La nommée Pouillard (Françoise), 27 ans, d'une forte constitution, entre dans notre service, à St-Lazare, le 3 juin 1843. Au toucher, nous constatons un engorgement assez considérable du col (3 centimètres au moins de diamètre) ; le museau de tanche est doux et lisse sous le doigt ; le col n'est pas sensible au toucher. Le spéculum nous permet de voir une large érosion qui occupe tout le col et qui est recouverte d'une exsudation transparente qui adhère fortement à la surface ulcérée. L'engorgement date d'une fausse couche de cinq mois faite il y a onze ans : depuis cette époque, cette femme n'est plus réglée ; mais elle éprouve tous les mois un écoulement blanc très-abondant, qui dure quatre à cinq jours. (Injection de feuilles de noyer plusieurs fois le jour ; emplâtre stibié sur la région du sacrum.)

L'éruption pustuleuse devient confluente, et l'on voit diminuer sensiblement le volume du col après un mois de séjour dans nos salles ; quelques douleurs vagues d'abord, qui deviennent bientôt plus vives dans le bas-ventre, nécessitent une saignée de 250 grammes dans le courant du mois d'août.

La malade sort guérie le 24 du même mois. L'engorgement était diminué de moitié.

De l'ulcération diphtéritique.

Nous ne pensons pas que ce genre d'ulcération ait encore été décrit; son caractère est cependant assez remarquable pour mériter une mention particulière. Si le phénomène qui lui fait donner son nom n'entraîne rien qui soit de nature grave, au moins est-il essentiel de bien la connaître, pour qu'on ne la confonde pas avec l'ulcération syphilitique à laquelle elle ressemble au premier aspect.

Comme l'angine diphtéritique, elle débute par la rougeur; avec cette couleur, le col, dans le peu de cas que nous avons observés, est, au début, douloureux au toucher. A cette période, il n'existe pas encore d'écoulement. Peu de jours après, sur toute la surface malade, on voit s'élever *de petites plaques d'un blanc mat, rarement jaune, lisses, luisantes, de formes diverses et mal circonscrites.*

Ces plaques, qui n'ont pas un millimètre d'épaisseur, sont très-adhérentes au col; il est même impossible, dans quelques cas, d'enlever un lambeau de ces fausses membranes : les injections d'eau lancées avec force, ainsi que les pinceaux de charpie, ne parviennent pas à les faire détacher, et si on insiste sur ces moyens pendant trop longtemps, on ne tarde pas à voir suinter des bords de l'érosion des gouttelettes de sang. Après un ou deux septénaires, rarement davantage, ces plaques se détachent en partie ou en totalité; si elles ne se reforment plus, l'ulcération primitive apparaît avec tous les caractères d'une exulcération qui ne présente aucune gravité, et qui guérit avec la plus grande facilité. Si on recherche la cause qui donne naissance à cette affection, nous ne l'avons pas observée assez fréquemment pour lui en attribuer une bien rigoureuse; cependant nous pensons qu'on peut la rapporter à une inflammation d'une nature particulière, spécifique, qui se développe sous l'influence de certaines conditions qui nous échappent et que nous ne saurions expliquer. Si nous avons noté ce genre d'affection, c'est, comme nous le disions en commençant, parce que ses caractères pourraient la rapprocher de l'ulcération syphilitique. Mais nous ferons observer que l'ulcération syphilitique, qui peut simuler l'ulcération pseudo-membraneuse, s'en distingue, et par un *liseré d'un rouge très-vif, qui circonscrit l'ulcère irrégulier à fond profond et grisâtre*, et par les plaques qui recouvrent l'ulcération syphilitique, et qui sont d'un ton plus jaune. Lorsque ces plaques

existent, on voit qu'elles recouvrent une surface plus profondément ulcérée : ainsi, au lieu d'être constamment saillantes, elles sont souvent placées au-dessous du niveau de la surface du col. Enfin, si ces remarques échappaient à l'observateur, il serait averti par la marche rapide de sa guérison, les plaques une fois tombées; et l'excoriation légère qui en est la suite ne laisserait pas de doute sur l'affection diphtéritique.

Quant les plaques se détachent, il n'est pas rare d'observer alors un écoulement qui se forme à la surface du col, mais qui n'est jamais très-abondant.

Cette variété d'ulcération n'a donc rien de grave, et sa durée ne dépasse guère cinq semaines à deux mois.

Le traitement local est le seul qui doive fixer l'attention du médecin. L'application des acides légers sur cette ulcération, dans le but de modifier l'inflammation qui produit la fausse membrane, est la principale indication à remplir. Le nitrate acide de mercure concentré, ou seulement l'acide hydrochlorique, sont les seules cautérisations auxquelles nous ayons recours; nous terminons par des injections d'alun ou acéto-alunées, enfin quelques bains généraux achèvent la guérison.

L'observation suivante est un exemple d'*ulcération diphtéritique.*

Obs. III. — André (Louise), âgée de 18 ans, d'une assez bonne constitution, n'ayant jamais eu d'enfants, est envoyée à St-Lazare, le 2 juin 1842, pour une ulcération du col de l'utérus qui présente les caractères suivants : autour de l'orifice du col, on remarque une surface ulcérée régulièrement circonscrite, qui consiste, à droite et en bas, en une rougeur assez vive et en deux plaques d'un blanc assez mat, assez mal circonscrites, qui se trouvent sur la lèvre antérieure du col. Ces plaques sont très-adhérentes au tissu ulcéré; il n'y a pas d'écoulement. (Cautérisation avec le nitrate acide de mercure, 2 fois la semaine; injections acéto-aluminées; bains entiers.)

Les jours suivants, une nouvelle plaque se forme sur le côté gauche du col; elle est cautérisée également.

Le 15 juin, ces plaques se détachent, et on voit alors une érosion simple du col, que nous traitons comme nous l'avons dit plus haut; il se fait en même temps un léger écoulement séro-sanguinolent : la malade n'éprouve aucune douleur, si ce n'est une légère sensation de chaleur. Elle sort guérie le 25 juillet.

(*La suite à un prochain numéro.*)

X. MÉDECINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

16. *Recherches sur l'infanticide ;* par M. Orfila.

(Annales d'Hygiène publique, juillet 1845.)

Dans le courant de janvier dernier, M. Orfila fut consulté par un professeur d'une Ecole de médecine, dans le but de savoir s'il était possible de distinguer la cendre que laisse le bois brûlé de celle qui résulterait de la combustion d'un nouveau-né. Tout portait à croire qu'une jeune fille, après avoir tué l'enfant dont elle venait d'accoucher, avait brûlé le cadavre, en le plaçant dans un four, sur quelques morceaux de bois, et l'on pensait que le juge instructeur adresserait à l'expert la question suivante : *Peut-on reconnaître, au milieu de la cendre trouvée dans le four, de la cendre provenant de la combustion d'un cadavre de fœtus?* M. Orfila répondit que le problème lui paraissait facile à résoudre, la cendre du fœtus devant produire du cyanure de potassium, si on la calcinait avec de la potasse, tandis que la cendre de bois, soumise à l'action du même alcali, ne donnerait point de trace de ce cyanure. La question lui ayant paru offrir un certain intérêt, M. Orfila s'est livré depuis à une série d'expériences d'où il tire les conclusions suivantes :

« 1° Lorsque la cendre d'un *fœtus* ne sera pas mélangée de fragments d'os qui permettent de la distinguer au premier aspect des autres cendres, on pourra la reconnaître aux caractères suivants : A. Si on la calcine avec de la potasse dans un creuset de porcelaine, ouvert ou fermé, on obtient du cyanure de potassium, alors même que la cendre, au moment de la préparation, aurait été fortement chauffée pendant longtemps ; le produit de l'action de l'alcali, traité par l'eau distillée bouillante, fournit une dissolution que le sulfate ferroso-ferrique précipite en vert sale (cyanure de fer et oxyde ferroso-ferrique) ; le précipité disparaît presque en entier par l'addition de l'acide chlorhydrique qui dissout l'oxyde ferroso-ferrique, et ne laisse que le cyanure de fer (bleu de Prusse) ; quelquefois ce dernier est si peu abondant qu'il ne se dépose qu'au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. B. — En traitant la cendre du fœtus par les deux cinquièmes de son poids d'acide sulfurique pur et concentré, il se dégage constamment du gaz acide sulfhydrique : aussi un papier blanc, imprégné d'acétate de plomb, exposé au-dessus du vase où l'on fait l'expérience, est-il immédiatement coloré en brun ou en noir. — C. Après avoir laissé réagir l'acide sulfurique sur la cendre du fœtus, pendant deux ou trois jours, si l'on traite le mélange par l'eau distillée bouillante, pendant un quart d'heure environ, la dissolution *est constamment acide* et rougit

énergiquement le papier de tournesol. — D. Cette dissolution renferme toujours du biphosphate de chaux, et laisse, par conséquent, précipiter une quantité notable de phosphate de chaux, lorsqu'on y verse de l'ammoniaque *non carbonatée*.

« 2° La cendre des *charbons de chêne et de sapin*, calcinée avec de la potasse, dans des creusets de porcelaine ouverts ou fermés, ne contient point de cyanure de potassium, ne dégage point d'acide sulfhydrique quand on la traite par les deux cinquièmes de son poids d'acide sulfurique pur et concentré ; et si l'on traite par l'eau distillée bouillante le produit de la réaction de cet acide pendant trois jours, la dissolution *est constamment alcaline* et rétablit la couleur bleue du papier rougi par un acide ; enfin, cette dissolution ne donne aucun précipité de phosphate de chaux par l'ammoniaque *non carbonatée*.

« Les différences que je viens de signaler entre ces deux sortes de cendres sont tellement caractéristiques, que l'on peut les constater même en agissant sur une quantité de cendre des bois précités, huit ou dix fois plus considérable que celle de cendre de fœtus. D'où il suit qu'il sera toujours facile de distinguer ces cendres les unes des autres. Il serait également aisé de reconnaître, dans le cas où l'on mettrait à la disposition d'un expert un mélange de bois de chêne ou de sapin et de cendre de fœtus, que cette cendre ne provient pas exclusivement de ces bois.

« 3° La cendre des mottes à brûler se comporte comme la cendre des bois de chêne et de sapin, si ce n'est qu'elle laisse dégager des traces d'acide sulfhydrique quand on la traite par l'acide sulfurique pur.

« 4° La cendre de bois de *bourdaine*, traitée par la potasse, ne m'a point fourni de cyanure de potassium, mais elle a donné, par l'acide sulfurique pur, une quantité à peine appréciable de biphosphate de chaux, sans dégagement d'acide sulfhydrique.

« 5° La cendre de *sarment de vigne* s'est comportée comme les précédentes, si ce n'est qu'elle a laissé dégager quelques atomes de gaz acide sulfhydrique (1).

« 6° La cendre de *coke* n'a point fourni de cyanure de potassium, mais elle a donné une proportion notable de biphosphate de chaux, avec dégagement d'une grande quantité de gaz acide sulfhydrique.

(1) La différence entre la cendre de sarment de vigne et la cendre des bois de chêne et de sapin tient probablement à la nature du fumier que l'on emploie pour activer la végétation de la vigne. On conçoit, pour ce qui concerne le dégagement de l'acide sulfhydrique, qu'il aura lieu dès que le charbon qui a servi à donner la cendre contenait un ou plusieurs sulfates susceptibles d'être transformés en sulfure par le charbon.

« 7° La cendre de bois de chêne ou de sapin, mélangée de cendre de *coke* et de *débris* de quelques matières animales, se comporte, à peu de chose près, comme la cendre de fœtus, si ce n'est qu'elle fournit beaucoup moins de bleu de Prusse, d'acide sulfhydrique et de phosphate de chaux.

« 8° La cendre de *houille* a offert les mêmes réactions que la précédente, si ce n'est qu'elle a donné une petite quantité de bleu de Prusse.

« 9° La cendre de *tourbe* n'a fourni ni cyanure de potassium, ni biphosphate de chaux; mais il s'est dégagé une quantité sensible de gaz acide sulfhydrique, lorsqu'on l'a traitée par de l'acide sulfurique pur.

« 10° Il suit de ce qui précède, que les experts devront être excessivement réservés avant de se prononcer sur la nature des cendres, toutes les fois qu'ils n'auront pas pu s'assurer que la combustion du fœtus a été opérée avec des *bois de chêne*, ou *de sapin*, ou *avec d'autres bois* qui ne contiennent ni azote, ni soufre, parce qu'il existe d'autres matières combustibles qui, à la rigueur, auraient pu être employées, et qui se comportent, sinon avec tous, du moins avec quelques-uns des agents indiqués, à peu près comme la cendre de fœtus. »

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. *Note sur le commerce des sangsues, et sur les fraudes nuisibles pratiquées dans la vente de ces annélides* (1); par M. Chevallier, chimiste, membre de l'Académie royale de médecine et du Conseil de salubrité.

(Annales d'Hygiène publique, juillet 1845.)

Historique.—La faculté que possèdent les sangsues de se fixer sur la peau des animaux, d'y pratiquer des ouvertures, de pomper le sang qui s'écoule de ces ouvertures, est connue depuis longtemps, et les auteurs en font remonter l'application à Themison (2). Ses disciples, à la suite de l'usage de ces annélides, appliquaient, dit-on, lorsque les sangsues s'étaient détachées, des

(1) Nous avons été conduit à nous occuper de la sangsue, dans une expertise de laquelle nous avons été chargé, à l'occasion d'un procès intenté parce que M. Joseph Martin n'avait pas voulu recevoir des sangsues gorgées de sang, ne considérant pas ces sangsues comme *loyales* et *marchandes*.

(2) Themison, souvent cité par Pline, était un médecin célèbre qui vivait à Laodicée; il avait eu Asclépiade pour maître. Themison a écrit sur la *rage*, sur l'*opium*, sur le *plantain*. (*Dict. hist. de la méd.*, t. II, p. 401, an. 1756.)

ventouses pour faire couler le sang. L'exemple donné par Themison, relativement à l'usage des sangsues, s'est perpétué jusqu'à nous, et il est devenu tel, que bientôt on ne pourra plus se procurer de ces annélides en de suffisantes quantités pour l'usage médical (1).

L'histoire et la classification des sangsues a donné lieu à de nombreux travaux qui sont dus à Linné, à Ray, Lamarck, Latreille, Savigny, Carena, Vitet, Derheims, Moquin-Tandon, Huzard fils, Rayer, Charpentier, etc., etc.

Sangsues employées.—Les sangsues qui sont généralement employées sont : 1° la sangsue officinale (*sanguisuga officinalis*, Savigny; *hirudo provincialis* de Carena) ; 2° la sangsue verte, la sangsue grise (*sanguisuga medicinalis*). Chacune de ces deux espèces présente plusieurs variétés distinctes qui pourraient être classées : 1° d'après leurs bandes dorsales, tantôt continues, tantôt réduites à des points, ou réunies par des mouchetures transversales ; 2° d'après la couleur, d'ailleurs très-peu constante, de leur robe.

Il y aurait un nouveau travail à faire sur les sangsues, car, depuis que l'on tire de ces annélides de l'Algérie, des confins de la Russie, de l'extrémité de la Turquie, nous en avons vu qui nous ont semblé être bien distinctes de celles décrites jusqu'à présent : le *dragon*, par exemple, qui nous vient du Maroc (2).

Outre les sangsues officinales, on connaît la sangsue bâtarde.

Localités qui fournissent les sangsues.—Les marais, les étangs des départements d'Indre-et-Loire, des Deux-Sèvres, de la Loire-Inférieure, de Maine-et-Loire, de la Vendée, de Loir-et-Cher, de la Haute-Marne, de la Sologne, certains ruisseaux dans diverses localités, étaient riches en sangsues médicinales, et l'exploitation de ces richesses naturelles suffisait non-seulement à nos besoins, mais encore à nos exportations pour l'Angleterre. L'usage immense qu'on a fait de ces annélides, la manière dont la pêche des étangs et des marais a été conduite, nous ont placés dans la position d'être forcés d'aller chercher à l'étranger des sangsues que nous aurions pu multiplier chez nous, si la pêche eût été réglée, si on eût laissé dans les étangs, les filets, les petites sangsues qui auraient servi à la reproduction.

(1) Virey (*Journ. de Pharm.*, t. VIII) dit qu'en 1820, le seul hôpital du *Val-de-Grâce* a consommé 100,000 sangsues.

(2) Nous apprenons que M. Moquin-Tandon s'occupe dans ce moment d'une nouvelle édition très-augmentée de sa *Monographie de la familles des Hirudinées*, qui sera publiée à la librairie de J.-B. Baillière.

On tire bien, il est vrai, encore quelques sangsues de nos départements, mais la plus grande quantité de celles que nous employons nous vient de l'étranger : elles sont pêchées en grande quantité dans les marais de la Hongrie, de la Russie, de la Valachie, de la Turquie, de l'Égypte ; enfin on en tire une petite quantité de l'Algérie. Le mode d'exploitation suivi dans ces diverses localités étant le même que celui qui avait été mis en pratique en France, c'est-à-dire qu'en enlevant les sangsues, on pêche même le filet, il est démontré que bientôt les sangsues viendront à manquer ; déjà l'on sait qu'en Hongrie les marais sont presque épuisés.

Les masses de sangsues importées en France sont énormes, et la valeur de ces annélides est considérable ; de plus, les sangsues qui valaient, il y a quelques années, de 1827 à 1832, 15 centimes la pièce, sont vendues, à l'époque actuelle, de 40 à 50 centimes, et il est probable que, *le monopole aidant*, ce prix ne s'arrêtera pas là.

Importation des sangsues en France. — D'après les tableaux qui font connaître le nombre des sangsues exportées et la valeur de ces produits, on trouve qu'il a été importé en France, en 18 ans, 499,853,221 sangsues, d'une valeur de 15,006,076 fr. Cette quantité de 499,853,221 n'est pas bien exacte, et on doit admettre que, comme on ne peut compter ces annélides à leur entrée en France, la quantité importée est de beaucoup supérieure au chiffre officiel.

L'importation de la sangsue en France va progressivement en diminuant depuis 1833. Ce fait démontre, selon nous, que les marais où l'on va pêcher, à l'étranger, la sangsue, s'épuisent ; de telle façon que nous devons nous attendre, si l'on n'y met ordre, à voir ce produit manquer tout à fait à l'art médical. Nous pensons qu'il serait indispensable que chez toutes les nations on s'entendît pour régler l'exploitation des marais à sangsues, c'est-à-dire pour ne pas détruire cet annélide, duquel on tire un si grand parti, enfin pour laisser dans les marais un certain nombre de saugsues destinées à la reproduction de l'espèce.

Nous avons vu que l'on importait en France une très-grande quantité de sangsues ; nous devons dire qu'une petite portion de ces annélides est ensuite exportée à l'étranger.

Du commerce des sangsues. — Le commerce des sangsues est généralement peu connu ; il n'est pas réglementé jusqu'à présent, et c'est à ce défaut de règlement que sont dues l'augmentation du prix des sangsues et la fraude avec laquelle on convertit une sangsue petite en une sangsue moyenne, une sangsue

moyenne en une sangsue de premier choix : pour cela, on gorge ces sangsues de sang pour leur donner et du poids et du volume.

Depuis plus de vingt ans, Paris est devenu le centre du commerce des sangsues, et les marchands qui s'en occupent ont leurs établissements principaux dans cette ville.

De la pêche et du transport des sangsues. — Les gens qui pêchent les sangsues sont en général des malheureux. Ils agissent machinalement, et au lieu de laisser dans les étangs les filets qui pourraient servir à la reproduction des sangsues, ils prennent tout ce qu'ils trouvent; ils agissent sans réflexion, puisqu'ils s'enlèvent jusqu'à l'espoir de pêches pour les années suivantes.

Lorsque la pêche des sangsues est faite, on met les sangsues pêchées dans des sacs qui en renferment une quantité plus ou moins grande, ce qui dépend de la grosseur. Ces sacs, qui pèsent à peu près 3 kil. 1/2 chaque, sont ensuite disposés dans des fourgons suspendus; ces fourgons, arrangés convenablement, reçoivent de 100 à 120 sacs de sangsues. Puis on les fait voyager en poste, et on ne s'arrête qu'à la frontière.

Le sangsues arrivent à la frontière en dix ou douze jours. Elles ont souvent supporté le voyage *à sec*, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas été mouillées; mais comme elles souffriraient si cet état se prolongeait, on trouve dans les localités parcourues par les *fourgons à sangsues* des auberges où il existe un matériel convenable pour opérer le lavage, pour rafraîchir les sangsues.

L'arrivage de la plus grande proportion de sangsues se fait de mai en septembre.

Autrefois, les sangsues étaient toutes dirigées sur Paris, où des bassins établis à Aubervilliers, à Saint-Denis, à Gentilly, recevaient une partie de ces annélides. Aujourd'hui, on trouve dans quelques localités, mais plus particulièrement à Strasbourg, des réservoirs établis pour reposer les sangsues. Ces réservoirs ou étangs, qui sont établis à une petite distance de la ville, hors de la porte de l'hôpital, sont au nombre de quarante-six. Ces sangsues sont ensuite pêchées au fur et à mesure qu'on en a besoin, pour être vendues. Cette pêche se fait, dit-on, par des hommes qui sont munis de bottes qui leur recouvrent jusqu'au haut des cuisses; ils ont un tablier de toile cirée, et, lorsqu'il pleut, ils endossent un vêtement imperméable qui leur recouvre la partie supérieure du corps. Ces pêcheurs, en entrant dans les étangs, qu'on désigne aussi par le nom de *bassins*, *de réservoirs*, déposent dans ces étangs des morceaux de bois auxquels sont fixés des carrés de flanelle qui trempent dans l'eau; la sangsue s'attache à ces lainages; elle est ensuite enlevée, portée dans des tamis, puis dans

des baquets. Cette opération terminée, les sangsues sont triées, lavées, comptées, mises dans des sacs. Ces sacs sont placés dans des paniers qui sont transportés à Paris par la malle-poste. Il est des jours où il part de Strasbourg pour Paris de 60 à 80 mille sangsues.

Ce mode de faire, qui diffère de celui usité par les pêcheurs qui explorent les étangs de la Hongrie, de la Valachie, etc., est le même, à peu de chose près, que celui qui était suivi dans l'établissement d'Aubervilliers.

On a répandu le bruit que les sangsues qui devaient voyager *avaient besoin de prendre de la nourriture, c'est-à-dire d'être mises en contact avec du sang, avant de les expédier ;* nous démontrerons plus loin que c'est à tort qu'on a répandu ce bruit, qui justifierait l'existence du sang que l'on trouve dans les sangsues qui ont été gorgées.

Du poids des sangsues. Le poids des sangsues est un sujet grave de discussion dans le commerce de ces animaux : la moyenne de ce poids, pour les différents choix, devrait, dans l'intérêt de tous, être fixée par l'administration. On admet cependant, en général, quatre choix spéciaux.

Le premier choix, ou les *sangsues* dites *grosses.* — Ces sangsues doivent peser, le mille, de 2 k. 875, à 3 k. 125 grammes ; l'élévation non plus que l'abaissement de ce poids ne donne lieu ni à l'élévation ni à l'abaissement du prix. Ces variations admises sont dues à la nécessité dans laquelle les marchands de sangsues sont de former leur choix dans les parties de sangsues qui sont mises en vente sur la place ; l'élévation du prix peut être due : 1° au manque de sangsues ; 2° au monopole fait par une compagnie qui, accaparant les sangsues, vend ou ne vend pas, hausse ou baisse le prix à sa volonté (1) ; 3° à la petite quantité

(1) Le monopole des sangsues, fait par une compagnie, est une des causes déterminantes de la mauvaise qualité des sangsues vendues dans tous les départements. En effet, si des marchands étrangers à la compagnie qui monopolise arrivent avec de bonnes sangsues, cette compagnie baisse ses prix ; les marchands qui ont amené ces sangsues, ne pouvant conserver une marchandise qui présente des mortalités journalières, des frais de conservation, etc., sont forcés de vendre au cours : ils font alors des pertes assez considérables. On nous a dit que des Italiens avait perdu, l'un 6,000 francs sur un fourgon de sangsues, l'autre 10,000 francs sur un autre fourgon. En contrôlant les renseignements qui nous ont été donnés, nous avons pu nous convaincre, par l'examen des prix courants que les marchands de sangsues répandent, que les sangsues qui se vendaient, avant l'arrivée de l'un de ces fourgons, à des prix assez élevés, furent mises en baisse aussitôt cette arrivée ; de façon que le marchand fut forcé de subir un cours qui causait sa perte et peut-être sa ruine ! On conçoit que ce marchand ne se représentera plus sur la place de Paris avec de la sangsue pure.

de sangsues qui se trouvent sur la place, à leur bon état de conservation, et à ce que ces annélides sont entre les mains des personnes qui n'ont pas besoin de vendre, et qui savent qu'il n'y a point *d'arrivages* à craindre.

Le deuxième choix comprend *les sangsues* dites *moyennes* ; ces sangsues pèsent de 1 kil. 125, à 1 kil. 250.

Le troisième choix comprend les *sangsues* dites *petites moyennes* ; le mille pèse de 625 à 650 grammes.

Le quatrième comprend les *petites sangsues* ; les sangsues dites *filets*, qui, selon nous, ne devraient pas être pêchées ni vendues ; ces sangsues se vendent au poids.

Outre ces quatre choix, il existe une cinquième sorte de sangsue : cette sangsue, qui est très-grosse, puisqu'elle pèse quelquefois jusqu'à 10 kil. le mille, est vendue séparément ; elle porte le nom de *sangsue vache*.

Lorsqu'on achète des sangsues, il faut avoir le soin d'examiner si le mille de ces annélides est formé de sangsues du même choix ; nous avons pu nous convaincre qu'on mêlait à des sangsues très-grosses, des sangsues vaches, de petites sangsues, et qu'on faisait ainsi des livraisons tout à fait arbitraires. En effet, en triant de ces sangsues, on aurait pu voir qu'elles n'étaient pas régulières et qu'elles appartenaient à des choix tout à fait différents.

Du gorgement des sangsues. — Le gorgement des sangsues consiste à faire prendre à ces annélides une certaine quantité de sang pour les faire grossir et pour leur donner du poids.

On ne sait à qui l'on doit l'idée de cette fraude, mise en pratique non-seulement à Paris, mais aussi en province depuis plus de vingt ans ; mais, nous devons le dire, à cette époque, on ne gorgeait pas les sangsues comme on le fait aujourd'hui.

Henri père est, à notre connaissance, après Vauquelin, le premier qui ait mentionné le fait de gorgement ; on trouve dans le *Journal de Pharmacie*, t. VIII, p. 31, ann. 1822, le passage suivant : « Nous avons remarqué souvent que les marchands, pour « grossir les sangsues, les nourrissaient avec du sang de bœuf « nouvellement retiré et encore chaud, et que ces animaux ne « pouvaient être employés qu'au bout de six mois au moins.

« C'est donc une erreur populaire de croire que les sangsues » qui servent dans les hôpitaux sont ramassées et vendues au « public ; toutes celles qui sont employées sont souvent mortes « avant de sortir des salles (1) : à l'Hôtel-Dieu, on les jette à la

(1) Nous conservons depuis quatre mois des sangsues qui ont servi. Elles sont en bon état de santé, mais elles ne perdent pas le sang qu'elles ont tiré à un jeune malade de seize ans.

« rivière, où elles deviennent la proie des animaux aquatiques. »

Plus tard, en 1838, un pharmacien de Paris, M. Stanislas Martin, fit connaître le gorgement des sangsues (1) : voici ce que faisait imprimer ce pharmacien :

« Des marchands fripiers, sous les piliers des halles, achètent « de petites sangsues qu'on appelle *filets*, ils les mettent dans « un réservoir, ajoutant à l'eau de ce réservoir du sang de veau « ou de mouton, dont les sangsues se gorgent, ce qui leur fait « acquérir un volume plus considérable.

« Ces sangsues, reposées pendant quelques jours dans de l'eau « pure, sont ensuite livrées au public; mais elles ne prennent « pas, ou bien, si elles prennent, elles ne tirent que peu de « sang. »

On a dit que les sangsues qui sont importées en France contenaient du sang qui leur avait été donné pour leur nourriture et pour leur faire supporter le voyage ; voici, à cet égard, ce qui nous est démontré : le gorgement des sangsues se fait par quelques-unes des personnes qui font ce commerce, et qui désirent vendre avec bénéfice une marchandise *peu avantageuse;* par ce gorgement, on lui donne de l'apparence et du poids: cette opération peut se faire aussi bien à Lyon qu'à Strashourg, qu'à Paris. Les sangsues, ainsi gorgées, sont expédiées sur les demandes qu'on en fait, ou livrées aux colporteurs qui vont répandre ces marchandises sur lesquelles on a pu, par suite de l'opération, leur faire une remise.

Le gorgement des sangsues se fait à l'aide du sang de bœuf, de veau ou de mouton, pris le plus frais possible (2) ; on plonge la sangsue dans le sang, on couvre le vase ; par suite de cette manière de faire, la sangsue suce le sang et augmente de poids et de volume ; la sangsue gorgée est ensuite lavée et mise en vente (3).

(1) Il y a peu de jours qu'un marchand de sangsues calomniait les pharmaciens, en disant que le gorgement des sangsues est dû à ce que ces derniers, lorsqu'on leur vend de ces annélides, s'occupent beaucoup plus du bon marché que de la qualité. Nous pouvons assurer qu'on a avancé un fait inexact. En effet, s'il est quelques pharmaciens assez peu soigneux de leur réputation et de leur intérêt pour acheter les sangsues *au rabais*, ces hommes heureusement sont rares ; ils font exception à la généralité.

(2) Le besoin qu'on a d'employer du sang pour mettre cette fraude en pratique pourrait mettre l'administration, soit à Paris, soit à Lyon et à Strasbourg, soit en tout autre lieu, sur la voie, et lui permettre de faire saisir les sangsues dans le moment où on les gorge.

(3) Un marchand disait que, quelque chose qu'on fît, on n'empêcherait pas le gorgement de la sangsue ; que, pour se soustraire aux recherches, on gorgerait les sangsues, puis on les mettrait en bassin, et qu'alors on ne verrait rien de cette opération. Nous ne partageons pas l'opinion émise par ce marchand.

Les sangsues ainsi gorgées ont besoin d'être examinées pour être reconnues, car s'il en est qui sont lourdes et comme somnolentes, il en est qui ont conservé de la vivacité et qui se meuvent dans l'eau avec une certaine facilité.

Si rien ne dégoûte ou n'excite les sangsues ainsi gorgées, elles conservent parfaitement le sang qu'on leur a fait prendre ; de plus, lorsqu'on les applique, elles sont susceptibles d'en prendre une nouvelle dose, ce qui les rend marchandes et ce qui trompe le médecin et le malade qui, en les voyant mordre et sucer, croient que ces sangsues sont pures. Mais la quantité de sang tirée par ces annélides est bien moindre que celle qu'elles auraient enlevée au malade si elles eussent été pures.

Nous avons voulu savoir si le gorgement des sangsues avait été utile au commerce des sangsues ; nous avons été convaincu que ce gorgement devait occasionner la ruine du marchand honnête qui voudra vendre la sangsue pure. En effet, il est bien démontré qu'il ne pourra lutter contre le vendeur qui gorgera des sangsues et qui fera des sangsues grosses avec des moyennes, des moyennes avec des petites, etc.

Constatation du gorgement des sangsues.—Sachant que les sangsues livrées au commerce étaient gorgées, nous voulûmes, cependant, avoir une conviction intime de ce gorgement. Nous achetâmes dans le commerce des *sangsues grosses*, des *sangsues moyennes*, des *sangsues petites ;* nous prîmes le poids de ces annélides, puis, fixant la partie supérieure de ces sangsues entre les doigts garnis d'un linge, faisant ainsi glisser la sangsue entre les doigts jusqu'à l'extrémité inférieure (1), par ce moyen nous séparâmes de la sangsue tout le sang qu'elle avait absorbé.

Les essais que nous avons faits sur ces trois espèces de sangsues nous ont donné les résultats suivants :

Sangsues grosses.—Mille de ces sangsues gorgées, du poids de 2 kil. 440 gr., ont été trouvées contenir : *sang*, 1 *kil.* 140 *gr.;* sangsues debarrassées de sang (*sangsues dégorgées*), 1 kil. 300 gr.

On voit que les personnes qui avaient gorgé les sangsues que nous avions eu à examiner avaient fait passer des sangsues qui pesaient 1,300 grammes et qui valaient de 70 à 80 fr., en sangsues du poids de 2,240 grammes, et qui valaient de 100 à 180 et 200 fr. (en prenant les prix dans le *Dictionnaire du commerce et des marchandises*). Ce gorgement constitue donc une diffé-

(1) M. Joseph Martin, qui à Paris exerce le commerce des sangsues, retourne les sangsues comme on le fait d'un gant, et ce qu'il y a de particulier, c'est que de ces sangsues, retournées et privées du sang qu'elles avaient pris, ont pu vivre après avoir été remises dans leur état primitif.

rence énorme, puisque le sang donné à ces sangsues (les 1,140 gr.) est payé de 20 à 110 fr. On conçoit que lorsqu'un marchand gorgera des sangsues dans cette proportion, il sera impossible à celui qui ne gorgera pas de lutter contre lui.

Sangsues moyennes.—Mille de ces sangsues, du poids de 1 kilog. 250 gram., contenaient 250 *grammes de sang;* donc, le poids de la sangsue était de 1,000 grammes. Ces sangsues, du prix de 50 à 90 fr., étaient arrivées au prix de 70, 80 et 150 fr.

Sangsues petites moyennes. — Mille de ces sangsues, du poids de 700 grammes, contenaient : *sang*, 200 *grammes :* le poids de la sangsue était donc de 500 grammes. Ces sangsues provenaient de *filets* qui avaient été gorgés.

D'autres expériences faites ont démontré : 1° que d'autres sangsues contenaient :

Les grosses, qui pesaient 2 kil. 200 : sangsues, 1 kil. 580. *Sang absorbé*, 620.

Les moyennes, qui pesaient 1 kil. 240 : sangsues, 1 kil. 020. *Sang absorbé*, 220.

Les petites moyennes, pesant 600 : sangsues, 520. *Sang absorbé*, 80.

2° Des sangsues grosses, pesant 2 kil. 536 : sangsues, 848. *Sang absorbé*, 688.

Des sangsues moyennes, pesant 1 kil. 180 : sangsues, 820. *Sang absorbé*, 360.

Des sangsues petites moyennes, pesant 600 : sangsues, 440. *Sang absorbé*, 160.

Essais sur le gorgement des sangsues.— Voulant savoir si les sangsues prendraient beaucoup de poids en suivant le procédé qui nous avait été indiqué comme celui employé pour leur faire absorber du sang, nous prîmes des *sangsues pures ou vierges* qui provenaient d'un fourgon arrivé à Paris; puis nous fîmes les expériences suivantes : dix sangsues moyennes, pesant 11 gram. 80 centig., furent placées dans un verre à expérience avec du sang de veau. Après les avoir laissées avec le sang, elles furent lavées, séchées et pesées : leur poids était de 25 gram. 30 centig. ; alors elles avaient pris 13 gr. 50 cent. de sang. Cette expérience démontre qu'un mille de sangsues pesant 1 kil. 180 gram., sangsues qui peuvent être classées dans les sangsues moyennes, du prix de 70, 80 à 150 fr., peuvent, par une semblable opération, puisqu'elles pèsent plus tard 2 kil. 530 gram., passer du 2e au 1er choix et entrer dans les sangsues grosses, puisqu'elles pèsent 2 kil. 530 gram., et qu'elles ont alors une valeur de 100, 180 à 200 fr.

Les sangsues ainsi gorgées conservaient de la vigueur, elles se mettaient en *olive* losqu'on les plaçait dans la main ; caractère qui est regardé, *mais à tort*, par quelques personnes, comme indiquant le bon état, la bonne qualité des sangsues.

Des expériences semblables furent faites sur *des sangsues petites moyennes :* dix sangsues petites moyennes qui pesaient 6 grammes 50, ou 650 gram. le mille, absorbèrent 4 gram. 44 centig. de sang. Lavées et séchées, elles pesaient 10 grammes 94 centig., ou 1,094 gram., le mille; elles pouvaient donc passer du 3e choix au 2e, de petites moyennes qui se vendent de 50 à 90 fr., aux sangsues moyennes qui valent de 70, 80 à 150 fr.

On conçoit que nous n'avons pas opéré sur de grosses sangsues, puisqu'il n'y a pas d'intérêt à faire passer les sangsues du 1er choix à l'état de *sangsues vaches*, qui ont une valeur moins grande.

Nous avons dit que le bruit avait été répandu que l'on devait attribuer le sang que contenaient les sangsues à ce que l'on faisait prendre de ce liquide aux sangsues qui devaient voyager. Nous nous sommes d'abord assuré, en nous procurant des sangsues amenées de Trieste, par M. Montaut, et qui arrivèrent à Paris le 5 février 1844, que ces sangsues ne contenaient pas de sang, qu'elles étaient en bon état. Des sangsues tirées du département de l'Indre furent aussi examinées : on reconnut qu'elles ne contenaient pas non plus de sang. Des renseignements que nous prîmes près des marchands de sangsues, MM. Montaut et Perine, sont consignés dans des lettres dont nous donnons ici des extraits, tenant ces lettres à la disposition de ceux qui désireraient en prendre connaissance.

Paris, le 21 février 1844.

« Monsieur,

« Pour répondre à la lettre que vous m'avez fait l'honneur de « m'écrire, en date du 18, je m'empresse de vous donner les « renseignements que vous me demandez.

« Depuis fort longtemps, je fais le commerce des sangsues ; « jamais on ne les avait gorgées : ce n'est que depuis deux ou « trois ans environ, que MM..... (1) se livrent à la fraude. « Le motif en est que la sangsue, ayant une valeur plus ou moins « grande, selon qu'elle est plus ou moins grosse..., adminis- « trent 40 à 50 p. 100 de sang à leurs sangsues, augmentent

(1) Nous supprimons des noms et quelques expressions *très-fortes*. Nous voulons signaler une fraude, mais nous ne voulons inculper personne. C'est pourquoi on trouve dans ces lettres des lacunes ou des phrases qui sont remplacées par des points. C'est à l'administration à faire son devoir.

« naturellement leurs poids d'autant ; ils réalisent par ce moyen « frauduleux des bénéfices considérables, et ils sont toujours à « même de faire une concurrence acharnée et déloyale à tous « marchands qui viennent à Paris pour y vendre des *sangsues* « *saines*, *loyales* et marchandes; concurrence qui résulte d'une « baisse de prix que font immédiatement MM..... Cette con- « currence est d'autant plus déloyale, que ces marchands offrent « *leurs sangsues gorgées, et par conséquent plus grosses et plus* « *apparentes que celles des marchands qui viennent à Paris* « *pour vendre les leurs dans leur état naturel;* ils obligent ces « derniers à céder leur marchandise à perte et par conséquent « à se ruiner, tandis que la société réalise des bénéfices considé- « rables... Il est donc évident que ce n'est qu'à l'aide des moyens « frauduleux que je vous signale que cette compagnie a pu « réaliser les bénéfices qu'elle avoue et qui ont été bien funestes « aux marchands étrangers, car je ne suis pas au-dessous de la « vérité en vous disant, monsieur, que plus de deux cents famil- « les, en Italie et à Trieste, se trouvent ruinées par le fait de « cette concurrence déloyale, sans parler du préjudice qu'éprou- « vent les marchands français.

« Le gorgement a pour but de tromper tout le monde en « général, car il est certain que la sangsue se conserve bien « moins longtemps lorsqu'elle est ainsi gorgée, soit qu'elle « voyage, soit qu'elle soit mise en bassin. Plus la sangsue est « saine, n'ayant que son sang *naturel des marais* (1), mieux elle « se conserve et peut voyager.

« Il est à notre connaissance que M. X... a ses réservoirs à... ; « et comme il se tue très-peu de bestiaux dans ce village, il « envoie, avec une voiture disposée pour cet usage, chercher « du sang à...

« Voilà, monsieur, les renseignements que je puis vous don- « ner sur la fraude des sangsues, etc.

« DURAND, pour Dominique Perrine qui, ne sachant pas signer, appose ici une croix valant signature. »

Le 24 février 1844.

« Monsieur,

« En réponse à la lettre que vous m'avez fait l'honneur de « m'écrire le 18 du courant, je m'empresse de vous informer « qu'autrefois on ne gorgeait pas les sangsues, et qu'aujour-

(1) Ce sang, ainsi que nous le dirons plus tard, n'est pas expulsé par la pression ; de plus, il ne peut être confondu avec le sang de gorgement. (Voir la lettre de M. Magendie.)

« d'hui on les gorge ; ce qui porte un préjudice considérable aux « intérêts de la société, non moins qu'à ceux du commerce en « général. J'ajouterai que cette manœuvre se pratique ordinai- « rement à destination, et principalement à... (1), et cela dans « une proportion de 40 à 50 p. 100.

« Je crois devoir vous dire que le gorgement des sangsues a « été la cause directe de la perte d'un grand nombre de familles, « qui n'ont pu lutter contre cette fraude déloyale qui, en don- « nant aux sangsues un poids et un volume factices, permet de « faire une concurrence à laquelle on ne peut assigner de « limites (2).

« Quant aux conditions hygiéniques dans lesquelles doit se « trouver la sangsue, il est évident que le sang qu'on lui donne « pour la gorger ne peut que contribuer à son dépérissement. « Cela est si vrai, que cette opération ne se pratique jamais à « l'égard des sangsues qui doivent voyager, et que tous ceux qui « ont recours à cette coupable industrie ne gorgent que des « quantités proportionnées à leur écoulement : je défie tout mar- « chand de faire autrement, sous peine de compromettre ses « intérêts, car la sangsue gorgée ne peut se conserver (3).

« J'ai l'honneur, etc. *Signé :* MONTAUT. »

(1) Nous supprimons ici des désignations qui impliquent positivement l'accusation de fraude contre des individus que nous ne voulons pas nommer, laissant à la vindicte publique le soin de rechercher par qui elle est commise, et dans quel but.

(2) Nous avons voulu nous assurer si les sangsues étaient gorgées d'une manière ostensible dans l'une de nos grandes villes ; nous avions prié *l'un de nos amis, l'un de nos collègues,* occupant une position honorable à Strasbourg, de nous aider de ses lumières. Notre étonnement fut grand lorsque ce collègue, au lieu de nous aider dans une recherche utile à l'humanité, nous répondit que *la chose était difficile, impossible dans sa situation, qu'il ne connaissait pas la localité, qu'il n'avait pas le moyen de s'y rendre,* etc., etc. Nous ne remercierons pas notre collègue des services qu'il *n'a pas voulu* rendre à l'hygiène publique.

(3) Le fait qui nous est signalé par M. Montaut était déjà connu. En effet, on trouve *dans le Bulletin de la Société philomatique,* octobre et novembre 1792, une note de Vauquelin, qui dit que l'on présente aux sangsues des caillots de sang, que souvent elles se remplissent, qu'alors elles paraissent plus grosses et se vendent mieux ; mais qu'au bout de quelque temps le sang se coagule dans leurs intestins et jusque dans les vaisseaux absorbants qui en sont injectés, qu'elles ne peuvent plus digérer, qu'elles deviennent noueuses et périssent.

Vauquelin dit aussi qu'avant de mourir elles causent souvent la mort de toutes celles qui sont dans le même bocal; car les sangsues qui n'ont point mangé saignent celles qui sont gorgées de sang. Elle laissent la plaie ouverte, le sang s'écoule dans l'eau, absorbe l'air qu'elle contenait, et toutes les sangsues périssent.

Vauquelin dit encore que les pharmaciens qui achètent des sangsues doivent se défier de celles qui paraissent très-grosses.

Ce que Vauquelin aurait pu dire encore, c'est qu'il ne faudrait pas que les personnes qui vendent des sangsues les demandassent au rabais, comme elles le

Avantages du gorgement pour les fraudeurs. — Nous avons, je pense, dans tout ce qui précède, montré les avantages que les fraudeurs tirent du gorgement des sangsues : augmentation de poids, passage des sangsues de la 3e espèce dans la 2e, de sangsues de la 2e dans la 1re, etc. ; augmentation de la valeur. Il n'y a véritablement perte que pour le marchand honnête qui viendrait lutter contre celui qui gorge; il n'y a dommages que pour le malade qui fait usage de mauvaises sangsues qu'il a payées au même prix que si elles étaient bonnes.

Les sangsues gorgées sont-elles loyales et marchandes ? — Les mots *loyales et marchandes* ont été appliqués aux sangsues qui sont livrées au commerce. On se demandera ce qu'on doit entendre par ces mots ?

Ces mots ne sont pas *vides de sens*, comme on l'a prétendu ; et sans rechercher des définitions que l'on pourrait trouver dans une foule d'ouvrages commerciaux et de jurisprudence, ces mots, selon nous, appliqués à une marchandise, indiquent que cette marchandise *doit être pure*, et *qu'elle ne doit avoir été mélangée, adultérée, ni falsifiée par aucune substance étrangère, quelle qu'elle soit.*

L'opinion que nous émettons ici est appuyée par une lettre d'un homme dont le savoir est bien connu, M. Magendie, membre de l'Institut. Voici le texte de cette lettre (1) :

« Monsieur,

« Par votre lettre en date du 6 courant, vous me demandez si « *des sangsues artificiellement augmentées de volume et de poids* « *peuvent être acceptées par vous comme loyales et marchandes, et si* « *l'emploi médical de telles sangsues n'a pas des inconvénients.*

« Je suis d'autant plus en mesure de répondre à vos questions, « que la fraude dont vous parlez est depuis longtemps connue « dans les hôpitaux de Paris, où plusieurs fois elle a donné lieu « au refus des livraisons des fournisseurs soumissionnaires.

« Voici les remarques que j'ai eu l'occasion de faire à l'égard « de cette fraude qui paraît se généraliser aujourd'hui dans le « commerce des sangsues.

« La sangsue livrée dans nos hôpitaux comme vierge con- « tient 1/5, 1/4 et même plus de 1/2 de son poids de sang.

« Ce sang provient d'animaux mammifères, ainsi qu'il est

font, préférant de mauvaises sangsues à de bonnes sangsues qui se vendent nécessairement plus cher.

(1) Elle est adressée à M. Joseph Martin, marchand de sangsues à Paris, qui avait refusé de recevoir des sangsues gorgées.

« facile de le reconnaître à la forme de ses globules, vu au micros-
« cope. Ce même sang a pris, par son séjour dans l'intestin de la
« sangsue, un caractère particulier : il est rouge-brunâtre, vis-
« queux et comme sirupeux. Ce sang faisant partie de la sangsue,
« soit comme poids, soit comme volume, est vendu au même
« prix que l'animal : c'est en cela que consiste le profit de la
« fraude.

« Les sangsues ainsi gorgées de sang sont fort inférieures aux
« véritables sangsues vierges ; à volume égal et dans les mêmes
« circonstances, elles tirent deux, trois et même quatre fois
« moins de sang que ces dernières. Les piqûres qu'elles font,
« étant moins profondes, laissent écouler bien moins de sang
« quand elles se sont détachées. Aussi leur usage peut-il induire
« le médecin en erreur, en l'abusant sur la quantité de sang extrait
« du malade.

« Quant à la question de savoir si le sang contenu dans ces
« sangsues fraudées ne pourrait pas avoir des inconvénients
« graves et transmettre des maladies contagieuses, je ne sais
« rien de précis sur ce point ; mais je pense que le simple soup-
« çon, par la répugnance naturelle qu'il inspire, doit suffire pour
« faire repousser de l'emploi médical les sangsues astucieuse-
« ment remplies d'un sang dont l'origine n'est point connue et
« encore moins avouée.

« Je crois donc qu'on est en droit, monsieur, de *refuser, comme*
« *n'étant loyales ni marchandes*, des sangsues qui contiennent
« *une quantité notable de sang de mammifères*, ces sangsues ayant
« de graves inconvénients dans leur emploi médical, et *étant,*
« *sous tous les rapports, très-inférieures à la sangsue vierge, qui*
« *doit être seule reconnue loyale et marchande par le commerce.*

« Recevez, etc. MAGENDIE,

« Médecin de l'Hôtel-Dieu, etc. »

26 fév. 1845.

Les sangsues qui ont été gorgées sont-elles aussi bonnes que les sangsues purues? — De quelques expériences que nous avons faites, de nombreux renseignements que nous avons obtenus, il résulte que les sangsues qui ont été gorgées sont somnolentes, que souvent elles ne prennent pas, que d'autres fois elles prennent lentement, enfin qu'elles tirent peu de sang ; que les piqûres ne coulent pas après que les sangsues sont tombées, de telle façon qu'il faudrait employer au moins 30 sangsues gorgées pour produire l'effet de dix de ces annélides qui ne l'ont point été.

Des recherches ont été faites par M. Moquin-Tandon sur la

quantité de sang que tirent les sangsues, et ce savant a établi, dans sa monographie : 1° qu'une sangsue officinale moyenne, du poids de 1 gramme 1/2 à 3 grammes, ne tire que 3 à 4 grammes de sang ; qu'il y en a cependant qui tirent six fois leur poids de sang ; 2° que, dans une même espèce, la quantité de sang tirée n'est ni toujours identique ni même relative au poids et à la taille de l'animal ; en sorte qu'une *sanguisuga*, double d'une autre, n'absorbera pas une quantité deux fois plus grande de sang.

En général, une sangsue officinale petite en absorbe 2 grammes 50 décigrammes, ou deux fois et demie son poids ; une moyenne, 4 grammes ou 2 fois son poids ; une grosse, 4 grammes ou une fois seulement son poids (1). 3° Que toutes les espèces de *sanguisuga* ne tirent pas une égale quantité de sang. M. Moquin-Tandon établit ou outre : 1° qu'une *sangsue officinale* suce comme 7, une *sangsue interrompue* (2) comme 6, une *sangsue médicinale* comme 5, une *sangsue obscure* comme 1 (3).

Nous avons profité d'un procès qui s'était élevé entre des marchands de sangsues pour faire faire quelques expériences sur la proportion de sang tirée par les sangsues ; la lettre ci-jointe du docteur Alphonse Sanson, tout en faisant connaître le résultat de ces essais, établit, ainsi que le fait M. Magendie, que les sangsues gorgées tirent beaucoup moins de sang que ne le font les sangsues *vierges* ou *pures*. Voici le texte de la lettre de M. Alphonse Sanson :

« Monsieur,

« J'ai pris quarante sangsues chez M. Joseph Martin. Il y en « avait dix grosses, dix grosses moyennes, dix petites moyennes, « et dix de celles que l'on appelle des filets.

Le poids des dix grosses égalait. . .	30 grammes.
Celui des grosses moyennes. . . .	12gr.,50
Celui des petites moyennes. . . .	7 »
Celui des filets.	5 »
D'où un mille de grosses égale. . .	3 kil.
Celui des grosses moyennes. . . .	1,250
Celui des petites moyennes. . . .	0,700
Celui des filets.	0,500

(1) On voit que ce qui a été dit par M. Moquin-Tandon peut être le sujet de recherches nouvelles.

(2) La *sanguisuga interrupta* est une sangsue de moyenne grosseur, observée par M. Moquin-Tandon à Montpellier.

(3) La *sanguisuga obscura* est une petite sangsue des environs de Montpellier.

Il en résulte encore que :

Le poids d'une grosse sangsue égale. .	3 grammes.
Celui d'une grosse moyenne. . . .	1gr ,25
Celui d'une petite moyenne. . . .	0 70
Celui d'un filet.	0 50

« D'après les usages du commerce, on reçoit comme grosses « sangsues celles dont le mille ne pèse pas au-dessous de 2 kil. « 500. Il n'y a pas de limite fixée pour l'excès en plus. Le « nombre des filets n'est pas non plus limité, parce qu'ils ne « se vendent qu'au poids, sans compter. Mais lorsque le mille « ne s'élève pas au-dessus de 500 grammes, les sangsues sont « réputées filets.

« J'ai fait appliquer, en ma présence, un nombre égal de sang- « sues prises dans chacune des catégories ci-dessus, et les ai « pesées lorsqu'elles se sont spontanément détachées. Les résul- « tats obtenus ont été les suivants :

Catégories quant au volume.	Nombre.	Poids avant l'expérience.	Poids après l'expérience.	Différence, ou poids du sang absorbé.
« Grosses. . . .	10	30 gr.	190 gr.	160 gr.
« Grosses moyennes.	10	12,50	96	83,50
« Petites moyennes.	10	7 »	40 »	33 »
« Filets.	10	5 »	24,12	19,12

« Ainsi, la quantité moyenne de sang absorbé par une grosse « sangsue a été de 16 grammes, ce qui établit le rapport suivant « entre la quantité de sang absorbé et le poids de la sangsue :

« Les grosses ont absorbé. 5,33 ou 5 fois 1/3 leur poids, env.
« Les grosses moyennes. . 6,69 ou près de 7 fois leur poids.
« Les petites moyennes. . 4, 7 ou env. 4 fois 2/3 leur poids.
« Les filets. . . . . 3, 8 ou 3 fois 4/5 leur poids.

« Je dois ajouter que l'écoulement de sang qui a suivi l'appli- « cation a été très-considérable, mais je ne l'ai pas pesé ; que les « blessures produites par ces sangsues m'ont paru très-pro- « fondes ; que la morsure a été douloureuse ; que toutes les « sangsues appliquées ont pris immédiatement et sans même « qu'on eût préparé la place par aucune lotion.

« Je n'ai fait aucune expérience comparative entre l'action de « ces sangsues et l'action de celles que fournit actuellement le « commerce ; mais je n'hésite en aucune façon à affirmer que « l'action de dix de ces sangsues me paraît plus considérable que « celle de trente ou quarante sangsues telles qu'on se les procure

« actuellement, ou comme les emploie l'administration des « hôpitaux.

« Avec des sangsues telles qu'elles m'ont été fournies par « M. Martin, on peut être sûr d'une action thérapeutique qui « peut, comme on le voit, se calculer d'une manière suffisam- « ment exacte ; mais c'est seulement avec de tels moyens que « la médecine peut espérer d'obtenir des résultats énergiques « de l'emploi des saignées locales, lorsqu'elle a recours aux « sangsues pour les produire.

« Voici, monsieur, sur cette question, des faits dont je puis « affirmer l'exactitude.

« Je vous prie d'agréer, etc. *Signé :* Sanson (Alp.) (1). »

Les sangsues gorgées peuvent-elles être nuisibles. — S'il était démontré que l'usage des sangsues gorgées de sang d'animaux n'est pas nuisible à proprement parler, c'est-à-dire que l'emploi de ces sangsues ne donne lieu à aucun accident, on peut démontrer qu'il est nuisible en ce sens que le praticien ne sait sur quoi compter. En effet, M. Sanson n'hésite pas à affirmer que l'action de dix sangsues qui n'ont pas été gorgées pourrait tout au plus être remplacée par celle de trente à quarante sangsues gorgées. Le médecin qui se propose de soulager un malade et d'ordonner des sangsues dans le but de tirer une quantité *donnée de sang*, examinera-t-il ces sangsues? En ordonnera-t-il dix, ou bien trente à quarante? Pèsera-t-il les sangsues, avant et après l'application, pour savoir ce qu'elles ont absorbé de sang? Fera-t-il faire une deuxième application? Nous pensons que, dans l'état actuel des choses, le médecin sera forcé de le faire; car, s'il ne le fait pas, sa prescription pourra être sans effet, puisque, s'il a ordonné dix sangsues, et que celles-ci soient gorgées, elles n'agiront que comme le feraient trois ou quatre sangsues pures?

Relativement à l'usage des sangsues qui ont été gorgées, voici, sous le rapport de l'hygiène, ce que disent d'habiles médecins

(1) On trouve dans la cinquième *Lettre alsacienne*, lettre qui se trouvait chez M. Vauchel, rue Saint-Avoie, 65, le passage suivant : « On emploie en France « environ 12,000,000 de sangsues par an, qui, à 25 centimes la pièce, prix or- « dinaire, mettent en circulation une somme de 3,000,000 de francs.

« Une sangsue tire environ 15 grammes de sang, soit à peu près une demi- « once; huit sangsues en prennent par conséquent près de 125 grammes « (4 onces), ou une palette; mais on laisse ordinairement couler le sang encore « une heure, ce qui double la quantité écoulée : 32 sangsues causent donc une « perte de sang d'un kilogramme. A ce compte, les 12 millions de sangsues « employées par les médecins nous font perdre annuellement plus de 375,000 « kilogrammes de sang, représentant à peu près 363,000 litres de ce liquide. » Il est bien entendu que c'est de la sangsue pure que l'auteur des *Lettres alsaciennes* a parlé, et non de la sangsue gorgée.

qui ont été consultés sur l'emploi de ces sangsues, et qui ont délivré des certificats à M. Joseph Martin qui ne voulait pas vendre des sangsues gorgées, regardant cette vente comme une fraude.

« Je soussigné, docteur en médecine, professeur agrégé de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, etc., déclare que l'emploi de sangsues gorgées préalablement de sang est blâmable :

« 1° Parce que rien ne prouve que le sang dont elles sont remplies ne renferme des principes délétères : tel serait le sang provenant d'animaux affectés de maladies charbonneuses (charbon, pustule maligne, état des animaux surmenés), peut-être celui d'animaux morts de la morve aiguë, celui provenant d'individus atteints de diverses autres affections, enfin le sang altéré par la putréfaction.

« Aucune expérience n'a jusqu'alors démontré que les sangsues ne puissent survivre à l'ingestion de ces sangs diversement viciés et que le fait de l'ingestion détruise l'action délétère de ces matières nuisibles ; tout rend, au contraire, probable que, dans les mouvements alternatifs de la succion, elles réappliquent, au contact de la plaie qu'elles forment, le sang qu'elles renferment encore en nature dans leur tube digestif.

« L'expérience a d'ailleurs prouvé qu'à la suite de la piqûre de certaines sangsues, il s'est manifesté divers accidents, tels que inflammations très vives, gonflements boutonneux, ulcérations, eschares gangréneuses ; tandis que sur la même personne, presque au même moment, de pareils accidents n'étaient pas produits par d'autres sangsues.

« 2° Parce que l'énergie de l'action des sangsues étant généralement présumée, indépendamment des considérations de l'espèce, devoir être d'autant plus forte que leur volume est plus considérable, le grossissement artificiel produit par leur gorgement de sang a pour effet de tromper le médecin sur la quantité de sang qu'un nombre donné de sangsues peut extraire à la suite d'une application.

3° Parce que leur puissance absorbante est, toutes choses égales, d'autant plus grande qu'il s'est écoulé un assez long temps, à raison de leurs forces, depuis qu'elles ont pris de la nourriture, et spécialement qu'elles ont ingéré du sang d'animal ; d'où il résulte qu'on ne saurait, en aucune manière, compter sur des sangsues encore ou récemment gorgées de sang.

« De l'ensemble de ces faits, je conclus que tout médecin doit s'abstenir de l'emploi de sangsues actuellement ou récem-

ment gorgées de sang, de quelque source que cette matière provienne.

« En foi de quoi, j'ai délivré la présente déclaration.

Signé : SANSON (Alph.).

Fait à Paris, ce 14 nov. 1844.

Ont adopté les conclusions de la consultation de M. le docteur Sanson :

MM. MARJOLIN ; H. BARDOULAT ; G. MONOD ; ALIBERT ; Ch. LONDE, de l'Académie royale de médecine ; FOUQUIER, médecin du Roi ; DEVERGIE, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; ROYER-COLLARD ; BLANDIN, professeur de l'Académie royale de médecine ; Louis BAUDELOCQUE, et LOUIS, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Des moyens de reconnaître les sangsues gorgées, de celles qui ne le sont pas. — Les recherches que nous avons faites nous ayant démontré que beaucoup de sangsues vendues à Paris étaient gorgées, nous allons indiquer ici les moyens à mettre en pratique pour reconnaître cette fraude. Nous ne prétendons pas qu'il soit très-facile à tout le monde de reconnaître de suite le *gorgement;* nous pensons cependant qu'après avoir fait divers essais on arrive à avoir assez d'habitude pour pouvoir se prononcer d'une manière positive. Il serait à désirer que l'administration, si un jour elle s'occupe de la répression de la fraude, fît faire à un homme qu'elle destinerait à l'inspection des sangsues, un apprentissage qui pût le mettre à même de se prononcer toutes les fois que cela serait nécessaire.

Nous allons donner ici les caractères des sangsues pures et des sangsues gorgées.

Caractères de la sangsue non gorgée. — La sangsue non gorgée a le corps allongé et déprimé ; sa peau, à l'extérieur, présente un aspect velouté particulier ; elle se meut dans l'eau avec une vivacité extrême en se présentant sous une forme allongée remarquable ; son élasticité est telle, qu'on peut la prendre, l'étendre et s'en entourer le doigt comme on le ferait avec un ruban ; elle peut être comprimée dans toute sa longueur ; elle ne doit pas, par une forte pression, opérée de la tête à la queue, fournir de sang ; et s'il s'en échappait une minime quantité, ce qui s'observe quelquefois sur les grosses sangsues de marais, ce sang, au lieu d'être *rouge* comme celui fourni par les sangsues gorgées, est visqueux et d'un *noir-verdâtre* (1).

(1) Il faudra, pour ne laisser aux fraudeurs aucun moyen d'échapper, exiger

Caractères de la sangsue gorgée. — La sangsue gorgée a le corps moins allongé que la précédente ; elle a de la tendance à se présenter sous la forme d'une olive : elle est souvent, lorsqu'elle est placée dans l'eau, engourdie et comme somnolente. L'aspect velouté de sa peau n'est pas le même que celui de la sangsue non gorgée : quand on la presse entre les doigts, on aperçoit un reflet rougeâtre. Cet annélide ne s'allonge pas entre les doigts, et quand l'on presse de la tête à la queue, on voit bientôt que le sang dont il a été gorgé s'accumule vers l'extrémité ; alors, si on le presse fortement, le sang en est expulsé, quelquefois sous forme de jet. Ce sang est rouge et ne peut être confondu avec la liqueur noir-verdâtre que laisse quelquefois exsuder la sangsue des marais. Quelques marchands prétendent que le sang qu'on trouve dans les sangsues gorgées provient de ce que les marchands de sangsues le leur donnent pour leur permettre de supporter le long voyage qu'elles ont à faire. Cette assertion n'est pas acceptable : les sangsues gorgées voyagent difficilement, on éprouve des pertes ; les sangsues vierges supportent mieux le voyage.

Un de nos collègues, M. Jourdan, pharmacien à Sainte-Marie-du-Mont (Manche), nous a donné les détails suivants sur les moyens à mettre en usage pour reconnaître les sangsues pures et les différencier de celles qui sont gorgées. — Ces détails nous paraissant présenter de l'intérêt, surtout dans ce moment, nous les donnons ici.

En septembre 1844, un pharmacien s'adressa à la Société de chimie médicale de Paris, pour savoir s'il y avait un moyen de reconnaître et de distinguer les sangsues qui ont servi, des sangsues dont on n'a pas fait usage : il fut répondu par cette Société savante, qu'on ne connaissait jusqu'à présent aucun moyen de les différencier.

J'ai voulu tenter quelques recherches à ce sujet, recherches qui m'ont conduit à la découverte d'un moyen qui me permet de les distinguer les unes des autres pendant cinq à six mois seulement ; passé cette époque, cela ne m'est plus possible, attendu que le moyen que j'emploie est basé sur ce fait bien connu, que les sangsues qui ont servi conservent dans leur estomac pendant environ ce temps une certaine quantité du sang qu'elles ont sucé, sang qui ne s'y trouve plus au delà de ce terme (1). Ce moyen

que les sangsues, si elles contenaient du *sang dit de marais*, soient mises en bassin ; elles perdront bientôt ce sang qui, nous l'avons dit, n'a pas la même couleur que le sang provenant *du gorgement*.

(1) Je ne puis préciser d'une manière absolue le temps que les sangsues qui

consiste à placer sur un linge blanc la sangsue que l'on veut essayer, à la saupoudrer sur toute la partie antérieure du corps d'une forte pincée de chlorure de sodium réduit en poudre fine. La sangsue n'est pas sitôt en contact avec ce sel qu'elle se tord en tous sens, s'allonge et cherche à fuir : on profite de ce moment pour lui répandre de nouveau une petite quantité de sel sur les ouvertures buccales et anales : on la voit instantanément se contracter et dégorger dans l'espace de trente secondes, si elle a servi, une petite quantité de sang; ce qui n'a point lieu si elle n'a jamais été appliquée, ou si, l'ayant déjà été, il s'est écoulé cinq ou six mois depuis ce moment et celui où l'on fait l'expérience (1).

Aussitôt que la sangsue est restée en contact avec le chlorure de sodium le temps indiqué, on s'empresse de la laver dans de l'eau, afin de la débarrasser de ce sel.

Malgré l'action délétère que le sel marin exerce sur les sangsues soumises à son contact, on n'aura rien à craindre, pas même une indisposition, si on a soin de ne les laisser soumises à son influence que le temps nécessaire à l'expérience et de les laver aussitôt.

Voici d'ailleurs des expériences qui prouvent ce que j'avance :

J'ai pris trois bocaux, j'ai mis dans l'un douze sangsues qui avaient servi, et dans chacun des deux autres douze sangsues qui n'avaient point encore été employées à la succion. Tous les huit jours pendant deux mois, j'ai répété mon expérience, telle que je l'ai décrite, sur les douze premières et sur douze seulement des dernières : pas une seule n'est morte; tandis que, des douze dernières sur lesquelles je n'avais point opéré, il en est mort une.

Ces faits prouvent l'innocuité du procédé, sans qu'il soit besoin d'y en ajouter d'autres. Ainsi on pourra maintenant reconnaître d'une manière certaine les sangsues qui n'ont pas servi,

ont servi emploient à digérer le sang dont elles se sont gorgées, parce que les personnes qui m'ont procuré celles dont je me suis servi dans mes expériences n'ont pu se rappeler exactement l'époque où elles les avaient appliquées. D'un autre côté, j'en avais d'une date certaine, et qui remontait à trois mois; mais, par suite d'une méprise, nous n'avons pu les examiner. J'engage donc mes confrères des hôpitaux, qui sont placés dans de bonnes conditions pour ce genre de recherches, à répéter mon expérience, et à s'assurer positivement du temps qu'elles mettent à digérer cet excès de nourriture; je les engage aussi à essayer si des sangsues gorgées de sang ne pourraient point être vidées complétement en les soumettant à l'action du sel marin.

(1) Bien qu'il fût naturel de penser que le sang que dégorgent les sangsues qui ont servi provient de celui qu'elles ont sucé, j'ai voulu cependant m'assurer si l'estomac de celles qui n'ont point servi n'en contiendrait pas aussi également. A cet effet, j'ai ouvert plusieurs des unes et des autres, et j'ai trouvé les cellules de l'estomac pleines de sang dans toutes celles qui avaient servi, tandis que, dans les autres, ces cavités en étaient entièrement privées, et ne contenaient qu'un liquide clair et limpide comme de l'eau.

des sangsues qui ont déjà été employées aux émissions sanguines, pourvu qu'à l'époque où l'on fera l'expérience on trouve encore dans l'estomac de celles-ci une petite quantité de sang ; car, après l'entière disparition de ce liquide, le moyen indiqué sera tout à fait insuffisant pour les différencier : chercher à les distinguer à cette époque, sera toujours, je crois, très-difficile, pour ne pas dire impossible. *(La suite à un prochain numéro.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 2 JUIN.

Action de la salive sur la fécule. — M. Lassaigne communique de nouvelles observations sur l'action que la salive exerce sur les granules de fécule, à la température du corps des animaux mammifères, et sur l'état dans lequel se trouve l'amidon dans les graines céréales après leur mastication.

L'auteur conclut de ces nouveaux faits que lui ont révélés ses expériences :

1° Que l'amidon en fécule, dans l'état d'agrégation où il existe dans les aliments qui en contiennent, n'est point altéré par la salive à la température du corps des animaux mammifères ;

2° Que dans l'acte de la mastication des graines céréales amylacées l'amidon n'est point désagrégé par les dents des animaux, comme quelques physiologistes l'avaient supposé, et que, conséquemment, ce principe peut être transformé en dextrine dans la série des actions organiques qui précèdent la digestion stomacale et intestinale ;

3° Que dans le cheval, sur lequel l'expérience a été faite, la métamorphose de l'amidon en dextrine ne peut avoir lieu, non-seulement parce que, l'avoine mâchée et déglutée, les globules d'amidon sont intacts, mais parce que, fussent-ils même déchirés et broyés par les dents molaires, la salive de cet animal ne pourrait réagir sur leur substance intérieure, ainsi que le fait la salive humaine ;

4° Que la salive humaine, qui n'a aucune action sur l'amidon cru et en granules, à la température de + 38° centigr., agit même à la température de + 18° et + 20° sur l'amidon désagrégé ; qu'elle convertit, en moins de 12 heures, son amidon, partie en *dextrine*, partie en *glucose*, en conservant aux téguments déchirés qui formaient son enveloppe la propriété de se colorer encore en bleu violet par l'iode ;

5° Que chez l'homme qui se nourrit d'aliments féculents cuits, ou fermentés et cuits, l'amidon renfermé dans ceux-ci doit éprouver, de la part de la salive sécrétée pendant leur mastication, une partie des effets rapportés dans le paragraphe qui précède, indépendamment de l'action

que ce liquide a sur les autres principes naturellement solubles dans l'eau.

Recherches sur les sels et la densité des urines. — M. Chambert adresse un travail sur ce sujet. Il attribue l'obscurité qui règne encore sur quelques points de l'histoire chimique des urines à l'imperfection des moyens d'analyse que l'on a mis en usage. Les procédés d'évaporation et de combustion du résidu lui ayant paru particulièrement insuffisants, il indique des procédés nouveaux, qu'il propose de leur substituer. Passant ensuite à la détermination des sels et de la densité des urines normales chez l'adulte, il en déduit les résultats généraux suivants :

1° L'urine des repas est plus dense et plus chargée de sels que celle du matin.

2° Les principes inorganiques sont en raison directe de la quantité de sels introduits avec les aliments.

3° Les sels sont d'autant plus abondants dans l'urine du sang qu'ils sont en plus grande quantité dans l'urine du repas.

4° Il n'existe pas de rapports entre les sels et la densité.

M. Chambert a cherché le rapport qui pouvait exister entre les sels, la densité et les matières organiques. Pour cela, il a évaporé une certaine quantité d'urine à une douce chaleur. Avant qu'elle eût perdu un dixième de son eau, celle-ci avait pour densité 1,0019 (moyenne de trois expériences); on a donc des pertes considérables. L'évaporation au-dessus de l'acide sulfurique se fait trop lentement; elle n'a pu être employée. Pour diminuer autant que possible les chances d'erreur, l'auteur a fait usage de ce moyen quand l'urine était presque privée de son eau. Les expériences, faites avec soin, ne lui ont pas permis de constater aucun rapport satisfaisant entre les sels, la densité et les matières organiques.

Acide bézoardique. — M. Dumas communique l'extrait d'une lettre de M. Vohler, où nous lisons ce qui suit :

Je suis occupé de recherches sur un corps organique très-remarquable : c'est la matière qui constitue les bézoards orientaux, entièrement différents de l'acide lithofellique. Sa composition est représentée par $H^2 O + C^{14} H^4 O^7$. C'est un acide cristallisé insoluble dans l'eau.

C'est surtout au point de vue physiologique que cet acide bézoardique lui paraît avoir de l'intérêt; car, ou bien il est un produit de la bile des animaux desquels proviennent les bézoards, ou bien il est un produit immédiat de la nourriture de ces animaux.

SÉANCE DU 9 JUIN.

Cette séance a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

SÉANCE DU 16 JUIN.

Anévrysme artérioso-veineux faux consécutif. — M. Bérard lit un mémoire sur l'anévrysme artérioso-veineux faux consécutif, contenant la description de deux espèces nouvelles de cette maladie, dont l'une est due à son observation.

L'anevrysme artérioso-veineux, dit M. Bérard, se présente sous deux états différents. Dans certains cas, le passage du sang s'effectue directement de l'artère dans la veine : celle-ci subit une dilatation variable, tantôt bornée au voisinage de la plaie, tantôt répartie sur une longueur plus ou moins grande de la veine blessée et des branches qu'elle reçoit; c'est là l'anévrysme artérioso-veineux simple. Dans d'autres cas, il se forme une tumeur que limite le tissu cellulaire voisin, tumeur dans laquelle pénètre le sang artériel, et qui est semblable à l'anévrysme faux consécutif. La communication de cette tumeur avec la veine blessée lui imprime quelques caractères propres. L'ensemble des deux lésions constitue l'anévrysme artérioso-veineux faux consécutif.

Les circonstances qui favorisent le développement de cette maladie sont la laxité du tissu cellulaire qui unit l'artère à la veine, l'obliquité de la plaie qui s'étend de l'une à l'autre; à ces causes on ajoute, avec Scarpa, le résultat de la compression établie sur la plaie ou sur l'anévrysme variqueux dans les premiers temps de sa formation. Alors, au lieu de passer directement de l'artère dans la veine, le sang artériel soulève et distend le tissu cellulaire intermédiaire aux deux vaisseaux, et il se creuse une poche, un véritable anévrysme faux consécutif à travers lequel ce fluide passe pour se porter d'un vaisseau dans l'autre. Il est rare que le sac se développe également entre l'artère et la veine, et que le sang traverse son plus grand diamètre pour aller de l'une dans l'autre. Presque toujours il s'étend du côté qui lui offre le moins de résistance; en sorte qu'au lieu de représenter une ampoule trouée d'un côté vers l'artère, et de l'autre vers la veine, le sac semble plutôt s'ouvrir par un orifice unique dans le canal de communication qui se rend de l'artère à la veine.

Les auteurs les plus récents qui se sont occupés de l'anévrysme artérioso-veineux n'ont pas décrit d'autre forme de l'anévrysme faux consécutif. Aujourd'hui, les observations recueillies nous permettent d'ajouter deux espèces nouvelles de cette complication de l'anévrysme variqueux. Dans l'une, le sac artériel est placé sur l'artère du côté opposé à l'ouverture de communication des deux vaisseaux, en sorte que l'artère est percée de part en part. Dans l'autre, le sac anévrysmatique occupe une position diamétralement opposée, il surmonte la veine et reçoit à travers les deux plaies de ce vaisseau le sang qui s'échappe de l'artère.

M. Bérard rapporte les deux observations qui lui ont permis de constater ces deux formes nouvelles de l'anévrysme artérioso-veineux. La première a été rapportée par M. le docteur Hubert-Rodrigue. Il s'agit d'un homme qui s'était blessé avec un couteau très-affilé au tiers supérieur de la cuisse. Il en résulta une hémorrhagie qui fut suspendue à l'aide de la compression. Il survint plus tard une tumeur ayant le caractère de l'anévrysme variqueux faux consécutif. Le malade ayant succombé, on trouva l'artère fémorale perforée et communiquant avec la veine correspondante. L'anévrysme variqueux se trouvait sous-cutané et en dehors, tandis que la varice anévrysmale était profonde et en dedans.

Il n'y avait entre les deux vaisseaux accolés qu'une ouverture opposée à celle du kyste.

La seconde observation a été faite par M. Bérard lui-même. A la suite d'une saignée malheureuse faite sur un homme de 40 ans, on vit se dessiner vers le pli du bras une tumeur molle, à pulsations isochrones au pouls, tumeur en partie réductible quand on comprimait l'artère brachiale. L'entrée du sang dans la poche s'accompagnait d'un bruit de frottement. On sentait au-dessous de la tumeur, vers l'avant-bras, un bruissement très-prononcé qui se propageait le long des veines. M. Bérard sauva le membre du blessé en appliquant deux ligatures sur l'artère brachiale, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la lésion.

Voici dans quels termes M. Bérard formule les principes du traitement qu'il convient d'opposer à cette maladie.

Lorsque l'anévrysme artérioso-veineux est cause de graves incommodités, qu'il tend à s'accroître, qu'il a résisté à la compression, on doit en venir à une opération, à la ligature de l'artère. Quelques chirurgiens ont pensé qu'on pourrait faire disparaître la maladie par la ligature de l'artère entre la tumeur et le cœur. Les résultats de cette opération n'ont pas été satisfaisants. La ligature de l'artère, au-dessus et au-dessous de la tumeur, à une certaine distance de celle-ci, et sans l'ouvrir, n'a pas donné de résultats plus heureux. Les résultats fournis par la ligature sont ce que la théorie aurait dû faire prévoir. Dès que le cours du sang artériel est suspendu entre l'anévrysme et le cœur, le sang veineux devra s'engager par l'ouverture de communication, il la maintiendra béante ; car il n'y a pas là d'impasse comme dans un sac anévrysmal, ni une stagnation du sang qui favorise sa coagulation. Il résultera de là, ou que le sang veineux circulera dans l'artère du centre vers les capillaires, et qu'il produira la mortification des tissus, ou que les anastomoses ayant ramené promptement le sang artériel dans le bout inférieur de l'artère, ce fluide s'engagera de nouveau par la plaie artérioso-veineuse, et que la maladie se trouvera reproduite. Ces raisons et les faits qui viennent à l'appui sont tels, qu'ils suffisent pour faire proscrire à jamais cette méthode, malgré un ou deux exemples de guérison qu'elle a procurés.

La seule méthode rationnelle de traiter l'anévrysme artérioso-veineux consiste à faire une incision sur le trajet de l'artère au niveau de la tumeur, exactement comme s'il s'agissait d'une plaie artérielle récente ; à découvrir le vaisseau de manière à le lier au-dessus et au-dessous de la perforation, en se rapprochant de celle-ci autant que possible, afin de ne laisser aucune collatérale entre les deux ligatures. Dans cette opération, il est important de ménager la tumeur quand celle-ci est formée par les parois élargies de la veine. Si la poche est constituée par un kyste faux consécutif, on ne doit pas hésiter à la fendre et à la vider des caillots qu'il renferme. C'est au fond de cette poche qu'on recherchera la plaie de l'artère, afin de placer une ligature sur chacun de ses bouts.

Blessure des vaisseaux. — M. Amussat lit un mémoire intitulé : *Re-*

cherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins, considérées particulièrement sous le rapport de la formation et de l'organisation des caillots obturateurs des artères divisées dans une grande plaie transversale, et des conséquences à en tirer pour la chirurgie et la médecine légale.

Avant d'arriver aux conclusions qui découlent des faits nouveaux établis dans ce mémoire, il me paraît utile, dit M. Amussat, d'indiquer la différence qui existe entre mes expériences et celles des auteurs qui se sont occupés du même sujet.

Ainsi, les expérimentateurs qui m'ont précédé ont séparé et isolé les vaisseaux des parties voisines, pour les mettre à découvert et être assurés de faire ce qu'ils désiraient.

Dans mes expériences, au contraire, j'ai toujours fait une plaie *sans dissection préalable*, pour placer les animaux dans des conditions analogues à celles où se trouve un homme chez lequel un vaisseau sanguin a été blessé.

Voici ces conclusions :

1° Le caillot spontané obturateur des artères complètement divisées dans une grande plaie transversale se forme très-promptement et sous les yeux de l'expérimentateur.

2° Ce caillot est formé par la fibrine du sang, et il est soutenu par la membrane celluleuse externe de l'artère, ou la quatrième membrane, et non pas par la gaîne, comme on serait porté à le croire par un examen superficiel et par la description ordinaire de la structure des artères.

3° La cavité centrale des caillots spontanés, qui ont beaucoup d'analogie avec le cratère des tumeurs sanguines que j'ai décrites dans un autre mémoire, fournit un caractère important pour découvrir une artère masquée par un caillot.

4° Contrairement aux idées de Jones, Béclard, etc., l'artère se suffit à elle-même, puisque le caillot peut se former à l'extrémité d'une artère qui dépasse le niveau de la section des chairs.

5° Le caillot est d'autant plus volumineux et plus résistant que l'artère et la celluleuse étaient plus tendues au moment de la section. Or, la conséquence pratique qui découle de ce fait, c'est la nécessité d'exercer une forte traction sur les artères avant de les diviser, afin de se placer dans les conditions les plus favorables à la formation de caillots solides, presque analogues à ceux qu'on observe après l'arrachement.

6° En poursuivant mes recherches expérimentales sur les blessures des vaisseaux sanguins au delà des limites chirurgicales que je m'étais d'abord tracées, j'ai pensé qu'on pourrait peut-être les utiliser pour la médecine légale ; ainsi, lorsqu'on pratique une section transversale des deux artères carotides en même temps, sans intéresser la moelle épinière, sur un animal vivant, il se forme toujours des caillots aux extrémités cardiaques de ces vaisseaux, et ces caillots sont en rapport direct avec la tension plus ou moins grande du cou et de l'artère au moment de la section.

7° Au contraire, lorsqu'on pratique la section des artères carotides une ou deux minutes après que la vie a été préalablement détruite, soit par une forte percussion sur la tête, soit par la section simple et directe de la moelle épinière, la strangulation, l'asphyxie, il ne se forme pas de caillots aux extrémités cardiaques des artères carotides, ou, si l'on en observe, ils sont très-petits et ne ressemblent pas à ceux qui se forment dans les vaisseaux divisés sur des animaux dont la vie est dans toute son intégrité et qui meurent par hémorrhagie.

8° Les extrémités cardiaques des artères divisées sont donc le point le plus important à observer, puisque, en les examinant avec attention, on peut arriver à dire, mieux que par l'état des chairs, si les vaisseaux ont été divisés pendant que la vie était dans toute son intégrité, ou après la mort apparente ou réelle.

Comme on le voit, de hautes questions de physiologie et de médecine légale se rattachent à la dernière série de mes expériences, qui sont une conséquence toute simple de mes travaux sur le caillot spontané ; du reste, je ne mentionne ces résultats qu'avec une grande réserve, en attendant qu'ils aient été confirmés par d'autres expérimentateurs et par des faits observés sur l'homme avec ces données nouvelles ; car, jusqu'à présent, on a beaucoup trop négligé d'indiquer l'état des vaisseaux divisés dans les observations de médecine légale qui ont été publiées.

Les faits analogues sur l'homme exigent donc un examen nouveau, et les conséquences à en tirer sous le triple rapport de la physiologie, de la chirurgie et de la médecine légale, feront le sujet d'un autre travail que j'aurai l'honneur de soumettre prochainement à l'attention éclairée de l'Académie.

Sur la cyanose des nouveau-nés. — M. Meigs, professeur d'accouchement au Collége de médecine de Philadelphie, lit une note sur la cyanose des nouveau-nés. Les enfants meurent, dans ce cas, dit M. Meigs, par la présence d'un sang noir veineux, non oygéné, dans l'encéphale ; c'est dans les artères et les capillaires du cerveau que ce sang devient nuisible à la vie, non pas comme poison, mais tout simplement comme corps incapable d'exciter dans cet organe des mouvements innervateurs. Tout le monde connaît la disposition anatomique qui donne lieu à ces phénomènes : c'est la persistance du trou de Botal. Il n'est pas nécessaire d'y insister.

L'occlusion du trou de Botal étant empêchée parce que le torrent sanguin provenant de la veine cave inférieure soulève et maintient soulevée la valvule inter-oriculaire, qui est mince et flottante, M. Meigs a eu l'idée de placer les enfants atteints de cyanose sur le côté droit, la tête et le tronc un peu élevés, de telle sorte que la cloison inter-oriculaire devienne horizontale et que le sang contenu dans l'oreillette gauche pèse de tout son poids sur la valvule qui se trouvera ainsi fermée. M. Meigs a vu souvent qu'à l'instant même où il donnait cette position aux enfants, la coloration bleue cessait ; preuve qu'il ne pénétrait plus dans les artères que du sang oxygéné.

M. Meigs assure avoir arraché à la mort 50 à 60 enfants sur 100 par cette méthode, tandis que tous les moyens tentés jusqu'ici étaient, comme on le sait, restés sans effet.

Formation de la graisse. — M. Boussingault adresse de Bechelbronn un mémoire sur la question de la graisse. Les nouvelles recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet lui paraissent établir : 1° que des porcs âgés de 8 mois, après avoir été élevés au régime normal de la porcherie, contiennent beaucoup plus de graisse qu'ils n'en ont reçu avec les aliments ; 2° que les porcs nourris pendant six mois avec des pommes de terre ne produisent pas plus de graisse que n'en renferment les tubercules ; 3° que dans l'engraissement des porcs il y a beaucoup plus de graisse assimilée qu'il ne s'en trouve dans la ration ; 4° que les aliments qui, administrés seuls, n'ont pas la faculté de développer du gras, acquièrent cette faculté d'une manière étonnante aussitôt qu'on y joint de la graisse, bien que la graisse donnée seule produise l'inanition ; 5° que les rations engraissantes qui ne contiennent qu'une quantité minime de graisse sont toujours riches en principes azotés.

M. Boussingault a engraissé des oies, et comme M. Persoz l'a vu le premier, il a reconnu que la graisse produite excède considérablement l'huile contenue dans le maïs. Aussi, sur ce point, ses expériences confirment pleinement celles que M. Persoz a communiquées à l'Académie.

Voici comment M. Boussingault a constaté la rapide influence de la graisse toute formée dans l'engraissement. Des canards ont été gavés avec du riz qui ne contient que quelques millièmes de matières grasses. D'autres canards, de même poids et d'origine semblable, ont reçu la même dose de riz ; mais dans cette ration il avait ajouté du beurre. Les canards au *riz au maigre* sont restés, à peu de chose près, ce qu'ils étaient au commencement de l'expérience ; les canards au *riz au gras* sont devenus en quelques jours de véritables boules de graisse.

Dans toutes ses observations, M. Boussingault a constamment vu la formation de la chair accompagner la production de la graisse.

M. Milne Edwards fait remarquer l'analogie qui paraît exister entre les résultats des nouvelles expériences de M. Boussingault et ceux qu'il a constatés dans les expériences qu'il a faites sur les abeilles, et dont il a donné dans le temps communication à l'Académie. M. Milne Edwards avait observé, en effet, que les abeilles qu'il nourrissait avec du sucre seulement ne produisaient point de cire, tandis que celles qu'il nourrissait avec du miel produisaient de la cire ; mais que la proportion de matière grasse contenue dans le miel était de beaucoup inférieure à celle que contenait la cire produite.

Distribution des fluides nourriciers dans l'économie animale. — M. Milne Edwards dépose sur le bureau un mémoire ayant pour titre : *Considérations sur le mode de distribution des fluides nourriciers dans l'économie animale.* Il se propose de montrer, dans ce travail, que l'existence d'un système circulatoire, composé en partie de vaisseaux et en partie de lacunes, n'est ni une anomalie, ni un fait isolé

dans l'histoire physiologique des animaux. L'auteur a repris, dans ce but, l'étude comparative des différentes voies par lesquelles les sucs nourriciers parviennent jusque dans la substance de tous les tissus vivants chez les divers animaux, et il a examiné la manière dont les vaisseaux sanguins se constituent lors de leur développement, soit normal, soit pathologique, chez les vertébrés. Les résultats auxquels il est arrivé ainsi lui paraissent enchaînés de la manière la plus évidente, et font voir que le mode d'organisation dont les mollusques offrent un exemple n'est que l'un des degrés de la série de modifications par lesquelles la division du travail physiologique s'établit de plus en plus complètement dans l'ensemble des systèmes cavitaires chez les animaux dont la structure se perfectionne.

Influence négative du liquide céphalo-rachidien sur la locomotion. — M. Longet adresse une note sur de nouvelles expériences relatives à la soustraction du liquide céphalo-rachidien et à l'influence des muscles cervicaux postérieurs et du ligament sus-épineux sur la locomotion. Il se propose, dans cette note, de relever une erreur et d'établir un fait nouveau. C'est une opinion accréditée parmi les physiologistes, depuis une vingtaine d'années, que la soustraction du liquide céphalo-rachidien trouble singulièrement les fonctions locomotives. Pour pratiquer cette soustraction, le précepte qu'on donne est d'ouvrir la dure-mère et l'arachnoïde entre l'occipital et l'atlas, après avoir incisé les parties qui recouvrent l'espace occipito-atloïdien. Une fois le liquide évacué, si l'on abandonne l'animal à lui-même, on le verra, dit-on, titubant à la manière d'un animal ivre. Or, chez le cheval, le chien, le chat, le cabiais et le lapin, M. Longet s'est borné à inciser les muscles cervicaux postérieurs à leur insertion occipitale, ainsi que le ligament sus-épineux, sans diviser le ligament occipito-atloïdien, et par conséquent *sans donner issue au liquide céphalo-rachidien;* puis tous ces animaux étant réunis dans la station horizontale, c'est avec quelque étonnement qu'il a observé chez eux précisément le même trouble dans la locomotion, la même incertitude dans la démarche, que jusque-là on avait toujours rapportés à la soustraction du liquide cérébro-spinal. Une contre-épreuve était nécessaire : il fallait évacuer ce liquide sans diviser les parties musculaires et ligamenteuses de la région postérieure du cou; il enleva une seule lame vertébrale vers le milieu de la région dorsale. A la suite de cette opération préalable, un peu de faiblesse survint (à cause de la plaie musculaire) dans le train postérieur; mais elle ne fut en rien augmentée par la soustraction du liquide, et, de plus, les animaux ne présentèrent aucunement la titubation si caractéristique et si remarquable qu'il avait observée dans l'autre série d'expériences, où les seules parties molles de la nuque avaient été divisées.

M. Longet conclut en conséquence de ces expériences : 1° qu'on a accordé à tort au liquide céphalo-rachidien une influence des plus importantes sur l'exercice des fonctions locomotrices, et que cette influence paraît nulle ; 2° que la section des muscles cervicaux postérieurs et du

ligament sus-épineux produit chez les animaux la démarche incertaine de l'ivresse, et que jusqu'ici les expérimentateurs ont rapporté à la soustraction du liquide céphalo-rachidien des effets qui dépendent d'une tout autre cause : la simple division des parties molles de la nuque.

Traitement des fistules lacrymales et des larmoiements chroniques par la cautérisation et l'ablation de la glande lacrymale. — M. Paul Bernard envoie un mémoire sur ce sujet. Après avoir cherché à démontrer, dans un précédent travail, l'innocuité pour la vision de l'ablation de la glande lacrymale, l'auteur communique aujourd'hui le procédé qu'il croit avoir le premier proposé et appliqué dans le traitement des fistules lacrymales et des larmoiements chroniques. Ce procédé consiste dans la cautérisation directe des voies lacrymales, combinée avec l'ablation de la glande lacrymale saine, quand il y a larmoiement consécutif, par suite de l'oblitération du sac ou des conduits lacrymaux. Il cautérise la muqueuse nasale par la partie supérieure, avec une solution de nitrate d'argent, plus ou moins concentrée, au moyen de pansements journaliers et faits avec discernement, suivant les circonstances. Dans les cas simples de tumeurs lacrymales, la guérison a lieu dans l'espace de quinze jours, trois semaines, ou un mois au plus.

Dans les cas de fistules compliquées, le traitement est le même, mais nécessairement beaucoup plus long, à cause du traitement général approprié qu'il faut réunir au traitement local.

La cautérisation est faite en vue de modifier les tissus affectés bien plus que de produire l'oblitération du sac et des conduits lacrymaux, comme le tentaient Nannoni, Delpech et plusieurs autres chirurgiens. Toutefois, si, malgré toutes les précautions, cet accident arrive, accompagné d'un larmoiement, réputé jusqu'ici incurable par les moyens ordinaires, M. Bernard n'hésite pas, dans ces cas, à pratiquer l'ablation de la glande lacrymale saine.

Voici les avantages que M. Bernard attribue à son procédé :

1° Guérison plus prompte, plus durable et plus sûre que par les moyens mécaniques, et le plus souvent sans trace apparente de cicatrice déprimée ou de difformité quelconque.

2° Opération facile à exécuter, et nul besoin d'instrument spécial ou nouveau.

3° Douleur médiocre et incommodité peu grande pour les malades.

4° Enfin, heureux résultats pratiques obtenus par ce traitement.

SÉANCE DU 23 JUIN.

Cette séance a été consacrée à des sujets entièrement étrangers aux sciences médicales.

SÉANCE DU 30 JUIN.

Anthropologie. — M. Bory Saint-Vincent communique à l'Académie un extrait du chapitre anthropologique qu'il est chargé de rédiger dans la publication de la commission scientifique de l'Algérie ; il expose, dans

cet extrait, les faits principaux relatifs aux types humains dont se compose la population africaine. Le premier de ces types est *l'autochthone*, c'est-à-dire *formé du limon de la terre même*. Les deux autres ayant pénétré au cœur du pays à diverses époques, s'y sont successivement acclimatés au point qu'on les pourrait supposer avoir été également créés sur place, si dans leur progéniture ne se perpétuaient constamment indélébiles des mœurs et des caractères physiques où se reconnaît l'origine exotique.

M. Bory présente comme types de ce qu'il propose d'appeler *atlantiques*, *adamiques* et *éthiopiens*, trois individus dont il met les crânes et les dessins sous les yeux de l'Académie.

Le premier est un Kabyle pur sang, natif du Sahel. Dans cette tête, l'angle facial est presque droit, les os du crâne sont d'une épaisseur pareille à celle de nos races, et les proportions de la boîte osseuse sont les mêmes.

Les arcades sourcilières se prononcent assez pour qu'il résulte de leur saillie une dépression prononcée vers la base du front, à l'origine du nez, dont les os propres, un peu courts et droits, se dirigent en avant, sans néanmoins que leur extrémité détermine dans la longueur une bosse très-sensible.

Le plus minutieux examen ne révèle entre les Kabyles et les Maures aucune différence qui puisse le moins du monde autoriser à les considérer comme appartenant à deux variétés; seulement les uns habitent les villes, tandis que les autres peuplent les contrées montagneuses. Des différences d'habitation et de genre de vie résulte à la verité, entre les Maures et les Kabyles, quelque diversité d'aspect; mais jamais, parmi les plus dissemblables, rien qui pénètre même au-dessous d'une première peau, laquelle demeure tout au plus, chez les uns comme chez les autres, sujette aux effets du hâle. Ceux qu'on appelle Berbères en plusieurs cantons de notre Afrique, et qui furent les barbares pour les anciens, comme leurs Mauritaniens sont nos Maures actuels, proviennent également de la souche primitive atlante.

Le deuxième sujet est un de ces Arabes vulgairement appelés Bédouins. Ce type est celui que M. Bory Saint-Vincent appelle *adamique*.

Les os du crâne sont ici sensiblement plus minces qu'ils ne le sont chez l'atlante et surtout chez l'éthiopien. On remarque dans cette tête que, le profil s'allongeant, l'angle facial devient plus aigu; d'où il résulte que le visage se rétrécit, et nulles saillies ou crêtes, même rudimentaires, ne couronnent les arcades sourcilières qui demeurent à tout âge unies et parfaitement lisses; ce qui fait qu'il n'existe pas de dépression aussi notable entre la base du front et l'origine du nez où les os propres, plus longs qu'ils ne le sont chez tous les hommes, déterminent la courbure aquiline, avec une bosse plus ou moins prononcée dans la longueur.

Le troisième est un type éthiopien : chez celui-ci, la proéminence de la mâchoire supérieure est tellement considérable, que la ressemblance

avec les squelettes de grands singes en devient frappante. A la base du frontal assez élevé, mais latéralement fort rétréci, se prononcent au-dessus des orbites des crêtes sourcilières presque aussi considérables que sont celles d'un orang de moyen âge. D'autres saillies osseuses non moins marquées couronnent les régions temporales aux attaches des crotaphistes ; une dépression très-prononcée existe à l'origine du nez, dont les os propres sont aussi les plus courts et tellement disposés en avant que leur situation en devient à peu près horizontale.

Les nègres, en pénétrant dans la région barbaresque, ont dû, pour leur part, en modifier la population. Dès que l'atlante et l'éthiopien purent communiquer par terre, les trois types en question, se mettant en contact, commencèrent à produire des métis dont les races pélages de la Grèce et de Rome vinrent à leur tour grossir le nombre. Plus tard encore, des hordes vandales et gothes, descendues du Nord, vinrent augmenter la confusion de l'hybridité.

L'invasion des Turcs, dans ces derniers temps, n'influa guère sur le mélange des espèces et des races humaines que dans l'enceinte des villes, particulièrement sur le littoral.

Du croisement des trois types les plus distincts et les mieux caractérisés qui soient au monde, provinrent donc primitivement, quand ils se furent mis en contact à la surface du fragment de l'Atlantide où s'étendent aujourd'hui la régence de Tunis, l'Algérie et l'empire du Maroc, diverses races plus ou moins tranchées ; quelques-unes de ces races se sont probablement, par leurs mélanges, confondues et comme effacées les unes dans les autres, mais il en est plusieurs qui se sont conservées plus ou moins pures jusqu'à nos jours.

Loin d'avoir contribué à l'accroissement de la population dans ces régions où tant de mélanges de peuples eurent lieu de temps immémorial, le résultat définitif de la multitude des croisements a été la diminution évidente du nombre des indigènes. M. Bory évalue qu'il n'y a peut-être pas 40 à 50 âmes par lieue carrée de Tunis à Mogador.

Effets de l'essence de térébenthine sur l'économie. — M. Bouchardat communique une note sur les effets physiologiques de la vapeur d'essence de térébenthine. En distillant à plusieurs reprises l'essence de térébenthine sur de la brique, M. Bouchardat a respiré à différentes époques assez de vapeurs de cette essence pour en éprouver des effets physiologiques qu'il a soigneusement observés. Chaque fois il restait habituellement cinq ou six heures dans le laboratoire dont l'atmosphère était chargée de vapeurs d'essence ; pendant tout ce temps, il ne ressentait qu'un peu de céphalalgie qui était assez faible pour échapper à un observateur inattentif. Le pouls était régulier, l'appétit ordinaire. Des effets bien nets ne commençaient à se manifester que pendant la nuit, à l'heure habituelle du repos. Voici en quoi ils consistaient : insomnie, agitation continuelle, chaleur à la peau, pouls s'élevant de 65 à 86 pulsations, quelques difficultés dans l'émission de l'urine, qui possédait à un haut degré cette odeur caractéristique spéciale si connue. Le lendemain, une

courbature excessive, accompagnée de pesanteur et de douleur dans la région des reins, succédait à cette agitation. Cet état de lassitude, de défaillance, d'incapacité de travail, persistait pendant deux ou trois jours. A trois reprises, M. Bouchardat a repris son travail sur l'essence pyrogénée, et chaque fois les mêmes causes ont produit les mêmes effets.

Les personnes qui habitent un appartement fraîchement peint avec une préparation où intervient l'essence ressentent quelques-uns de ces effets; si les ouvriers peintres en sont exempts, on doit l'attribuer à l'habitude qui a émoussé leur susceptibilité.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 3 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Inoculation de la syphilis comme moyen de diagnostic. — M. Lagneau lit, en son nom et au nom de MM. Londe et Martin-Solon, un rapport sur un mémoire de M. Castelnau. Après une longue analyse du mémoire, M. le rapporteur, partageant à cet égard l'opinion de M. Castelnau, s'élève avec force contre la pratique de l'inoculation, qu'il considère comme un moyen de diagnostic inutile et sans valeur, et comme une pratique dangereuse qui peut avoir de graves inconvénients pour les malades.

Pellagre. — M. Jolly lit, au nom d'une commission composée de MM. Alard, Emery, Gerdy et Jolly, rapporteur, un rapport intitulé : *Rapport général sur la pellagre*, en réponse à la lettre officielle du ministre de l'instruction publique sur l'importance de l'opportunité de publication des documents qui lui ont été transmis sur cette maladie par le conseil central de salubrité de la Gironde.

Préoccupé de l'invasion de la pellagre et des progrès incessants qu'elle fait depuis quelques années dans toute l'étendue des landes et du bassin de la Gironde, l'administration locale s'est bientôt associée, dit M. le rapporteur, aux lumières et au dévouement des médecins du pays dans la recherche des moyens de conjurer ce nouveau fléau. Des enquêtes ont été faites par le conseil central de salubrité de la Gironde, des conférences ont été instituées entre tous les praticiens des communes que le mal avait envahies. Le conseil de salubrité a pris une délibération portant que, vu la gravité des faits que ces enquêtes ont révélés à l'hygiène et à l'administration sanitaires, il serait demandé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce de les soumettre immédiatement à l'impression et de leur donner toute la publicité que réclament l'importance du sujet et l'intérêt du pays.

C'est en conséquence de cette délibération transmise au gouvernement par le préfet de la Gironde, qu'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique est venue demander l'avis de l'Académie sur l'importance de ces documents et sur l'opportunité de leur publication. La commission,

remplissant la tâche qui lui a été imposée, vient aujourd'hui, par l'organe de son rapporteur, rendre un compte général des faits de pellagre observés en France, soit à Paris, soit dans les départements de la Gironde et des Landes, et soumettre un projet de réponse à la lettre ministérielle.

M. le rapporteur, après avoir rappelé les faits de pellagre observés à l'hôpital St-Louis par MM. Gibert et Devergie, et les opinions que ces médecins ont émises sur cette maladie, passe ensuite à l'examen des faits de pellagre observés dans les Landes, qui font l'objet principal de ce rapport.

La pellagre, signalée pour la première fois dans les Landes, en 1820, par M. Hameau, a été observée et décrite depuis par MM. Lalesque, Ardusset, Beyris, Arthaud, etc.; mais c'est surtout à M. Léon Marchand, médecin des épidémies et secrétaire du conseil de salubrité de la Gironde, qu'est due la description la plus complète de cette maladie. Voici, en résumé, les caractères les plus saillants de la pellagre des Landes, d'après le travail que ce médecin a communiqué en juillet dernier.

Le caractère extérieur le plus saillant de cette affection, dit M. L. Marchand, est un érythème squammeux qui occupe les parties découvertes du corps, principalement la face dorsale des mains, qui revient périodiquement chaque année au retour du printemps, avec un cortége de symptômes dont l'intensité est toujours en raison de l'ancienneté de la maladie. Cette éruption, qui peut affecter successivement les formes papuleuse, vésiculeuse et pustuleuse, s'efface et disparaît en automne, en laissant sur la peau des cicatrices luisantes offrant l'aspect de celles d'une brûlure. Tous les phénomènes généraux qui accompagnent ordinairement l'affection se modèrent avec elle pour se reproduire avec elle au retour de chaque printemps et s'aggraver à mesure qu'ils se rapprochent, et enfin se perpétuer sous l'influence persistante des mêmes causes, jusqu'à ce que la maladie ait atteint le degré de gravité qui la rend nécessairement mortelle. Les phénomènes généraux les plus constants de la pellagre, que M. L. Marchand croit pouvoir caractériser sous le titre de *gastro-entéro-rachialgie*, procèdent de deux sources principales, savoir : 1° de l'appareil digestif : ce sont la rougeur et les gerçures de la langue et des lèvres, l'état scorbutique et sanguinolent des gencives, le ptyalisme, la dyspepsie, les vomissements et la diarrhée ; 2° de l'appareil nerveux cérébro-spinal : ce sont les douleurs et la faiblesse des membres, la titubation, les vertiges, l'oblitération des sens et de l'intelligence, la manie délirante ou la démence, affectant le plus ordinairement la forme de monomanie suicide avec tendance à la submersion. Dans les cas les plus ordinaires, il y a amaigrissement progressif, dépérissement lent et graduel, souvent hydropisie, et, comme terme constant, la mort.

Les résultats de l'anatomie pathologique, de l'aveu de M. Marchand, n'ont pu, jusqu'à ce jour, répandre aucune lumière sur la nature intime de la pellagre. C'est dans l'étiologie même, dans l'étude des circonstances topographiques ou des influences locales, qu'il faut chercher, suivant lui,

des lumières et des enseignements sur la véritable nature de la pellagre.

Il est constant, ajoute M. le rapporteur, que l'endémie pellagreuse exerce plus particulièrement ses ravages dans les contrées qui bordent le golfe de Gascogne, c'est-à-dire sur le sol le plus ingrat, le plus stérile du pays, au milieu des influences les plus dépressives, les plus débilitantes, là où tout souffre et languit, là où tout meurt avant le temps, hommes, animaux et plantes. Les émanations infectes que répandent les marais et les lagunes, l'insalubrité des habitations, la mauvaise alimentation, l'insuffisance ou la malpropreté des vêtements, en un mot toutes les conditions de la grande misère, sont autant de circonstances qui, suivant M. Jolly, peuvent contribuer au développement de cette maladie, que la plupart des auteurs ont caractérisée, à cause de cela, du nom de *mal de misère*. Mais ces circonstances ne sauraient être les seules, sans quoi on verrait la pellagre se manifester partout où règne la misère. Il existe probablement, ajoute M. Jolly, un principe inhérent aux localités, inhérent à la vie matérielle du pays, inconnu jusqu'à ce jour, et qu'il convient de poursuivre dans la décomposition et l'étude particulière des mille éléments constitutifs de la misère, dans la nature et les productions du sol, dans l'altération de l'air, dans les qualités accidentelles des aliments et des boissons.

Quant à l'influence de l'insolation dans l'étiologie de la pellagre, M. Jolly ne pense pas qu'elle ait toute l'importance que plusieurs lui ont attribuée. Il suffit, dit-il, de rappeler que la maladie ne date guère que de la première moitié du siècle dernier, et qu'elle n'existe pas d'ailleurs dans les zônes où règnent au plus haut degré les ardeurs du soleil, pour faire sentir qu'elle n'a sur sa production qu'une influence secondaire. Mais il est certain aussi qu'elle joue un rôle très-prononcé dans la symptomatologie de la pellagre. La seule coïncidence du retour constant de la maladie vers le printemps ne laisse aucun doute à cet égard. Mais quel rôle lui attribuer sous ce rapport? Ainsi que M. Gibert l'a dit à l'Académie : c'est l'effet d'une brûlure, d'une véritable ustion. Et pourquoi cette brûlure? C'est que la peau du pellagreux a subi avec tout l'organisme une telle altération dans sa texture intime, qu'elle subit cet effet avec la même facilité peut-être que des organes congelés subissent tous les effets de la seule approche du feu sur les parties déjà malades. C'est pour ainsi dire le sort de l'arbre privé de sève, dont l'écorce se dessèche par la seule influence du soleil ou de l'air extérieur.

Quoi qu'il en soit, une fois le mal déclaré, il paraît être au-dessus des ressources de l'art. Soustraire la peau à l'action directe du soleil, combattre par le régime et les moyens généraux de traitement les accidents divers qui tiennent à la faiblesse générale ou à la lésion des principaux viscères ; dans quelques cas, s'adresser à la saignée, aux bains, aux astringents, aux narcotiques, suivant la prédominance des accidents et la nature des indications ; tout se réduit là contre une maladie qui tôt ou tard a été suivie jusqu'à ce jour d'une terminaison funeste. C'est donc, comme l'ont si justement fait sentir tous les auteurs, dans une prophy-

laxie bien entendue qu'il faut chercher tous les moyens de conjurer le mal, c'est-à-dire dans le concours de toutes les mesures administratives et de toutes les règles hygiéniques capables d'améliorer le sort et les conditions sanitaires des populations misérables qui y sont particulièrement exposées.

M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

Les documents transmis au gouvernement par le conseil central de salubrité de la Gironde, sur lesquels l'Académie est appelée à donner son avis, établissent d'une manière positive qu'il existe dans les Landes une maladie endémique qui présente tous les caractères de la pellagre de Lombardie.

Ces documents, et les deux pièces iconographiques qui y sont jointes, sont d'une très-grande valeur pour la science et d'une haute importance pour l'administration, en ce qu'ils révèlent l'existence, donnent la description exacte et représentent le tableau fidèle d'une maladie qui est restée généralement inconnue en France jusqu'à ce jour. Si l'on y ajoute les faits qui ont signalé la pellagre dans les environs de Paris et dans quelques autres contrées du midi de la France, ils acquièrent le plus haut degré d'intérêt, en ce qu'ils témoignent de l'imminence des progrès de cette maladie dans d'autres localités que celles où les médecins de la Gironde en ont les premiers constaté la présence.

Par conséquent, l'Académie pense qu'il y a utilité et opportunité de donner à ces documents une prompte et complète publicité.

Quant aux observations qui nous ont été communiquées sur le même sujet par MM. Gibert et Devergie, médecins de l'hôpital Saint-Louis, si la commission n'a pu les comprendre dans les conclusions qu'elle vient d'avoir l'honneur de vous soumettre, elles n'en sont pas moins dignes de l'intérêt de l'Académie, dignes de toute l'attention des praticiens, et nous avons l'honneur de vous proposer :

1° De les renvoyer au comité de publication ;

2° D'adresser à leurs auteurs un juste témoignage de remercîments pour cette importante communication ;

3° De les engager à vouloir bien faire part à l'Académie des faits de pellagre qui pourraient se présenter ultérieurement dans leur service respectif.

M. Rochoux : En demandant la parole, je n'ai pas l'intention d'attaquer les conclusions, qui me paraissent, au contraire, devoir être appuyées; mais je crois devoir faire quelques remarques critiques sur le corps du rapport. Ainsi, par exemple, M. le rapporteur établit une certaine analogie entre la lèpre et la pellagre ; cette analogie n'est pas exacte. Je n'ai point eu l'occasion d'observer la pellagre, mais j'ai vu la lèpre, et autant que j'en puis juger par les descriptions que j'ai lues de la pellagre, il y a, au contraire, entre ces deux maladies, de très-grandes différences. La lèpre commence par de petites macules entourées d'une auréole peu saillante, et dès ce début, déjà la partie affectée de la peau est frappée d'une insensibilité complète. Puis, plus tard, il arrive de

deux choses l'une : ou un gonflement du tissu cellulaire, ce qui constitue ces déformations connues sous le nom d'éléphantiasis, de lèpre léontine, etc. ; ou bien, au contraire, loin de se gonfler, le tissu cellulaire s'atrophie, au point qu'il en résulte quelquefois la destruction complète et la chute spontanée d'un membre ; et notez que ce n'est point une gangrène, mais une sorte de séparation ulcéreuse, qui n'est jamais accompagnée d'hémorrhagie. Ce sont là des caractères tout à fait spéciaux à la lèpre, et qui n'appartiennent à aucune autre maladie, pas plus à la pellagre qu'aux autres. Une autre circonstance encore me paraît différencier la pellagre d'avec la lèpre : c'est l'hérédité. La lèpre est héréditaire, tandis que la pellagre ne l'est point.

Quant à l'influence que M. le rapporteur paraît attribuer à la chaleur solaire sur la production de la pellagre, je ne crois pas non plus qu'elle soit fondée. Si les pellagreux se trouvent mal de l'action du soleil, c'est qu'ils sont déjà malades ; mais cette action n'a pas évidemment la puissance de produire la pellagre, sans quoi tous les habitants des tropiques en seraient affectés.

SÉANCE DU 10 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Pellagre. — M. Théophile Roussel adresse la lettre suivante :

Depuis trois ans, j'ai poursuivi sans relâche les études sur la pellagre, que j'avais entreprises et que j'annonçais à cette époque, et comme je crois être arrivé aujourd'hui, relativement à l'origine, aux causes, au domaine réel de cette maladie, à des résultats importants, dont plusieurs sont nouveaux et dont la plupart sont très-peu connus en France, j'ai l'honneur de faire hommage à l'Académie d'une *Thèse sur la pellagre*, que j'ai soutenue, le 17 mai dernier, devant la Faculté de médecine de Paris, et dans laquelle plusieurs de ces résultats se trouvent indiqués.

J'y joins un exemplaire de l'observation de pellagre que j'ai publiée en 1842, et j'aurai l'honneur prochainement de lui offrir un ouvrage complet sur cette maladie.

Je dois annoncer à l'Académie que des témoignages nombreux, des faits presque innombrables, m'ont donné la certitude que la pellagre multiplie chaque jour ses victimes, non-seulement dans le département de la Gironde et celui des Landes, mais encore dans presque tous nos départements pyrénéens, et en particulier dans ceux de l'Aude et de la Haute-Garonne. Les documents communiqués par M. Roussilhe, chirurgien de l'hôpital de Castelnaudary, ceux que M. Miquel vient de publier, et les détails nouveaux que j'ai reçus de M. Calis, médecin distingué de Villefranche, montrent toute la gravité d'un fléau qui a exercé jusqu'ici ses ravages au milieu d'un profond silence, et dont je suis fermement convaincu que les efforts réunis de la médecine et de l'autorité publique peuvent arrêter les progrès.

M. Brière de Boismont adresse une lettre sur le même sujet, avec envoi de dessins représentant les diverses périodes de l'éruption carac-

téristique de la pellagre, ainsi que d'une portion de peau de pellagreux.

M. Ferrus a vu un grand nombre de pellagreux à l'hôpital de Milan et a remarqué qu'un certain nombre d'entre eux étaient atteints de manie ou de mélancolie. Les médecins de cet hôpital lui dirent, à cette occasion, que ces complications étaient très-fréquentes. Il apprit d'eux aussi que des soins hygiéniques bien dirigés étaient très-efficaces pour arrêter les progrès de la maladie, ainsi que l'a avancé, à cet égard, M. Brière de Boismont. Quant à ce qui est relatif à l'anatomie pathologique, les médecins de cette ville lui ont également affirmé que c'était exact.

M. Dupuy présente à cette occasion quelques considérations sur la pellagre, qui, suivant lui, paraîtrait avoir quelque analogie avec la maladie produite par le seigle ergoté.

Cow pox. — M. Huzard, absent, écrit de Sénanches pour annoncer à l'Académie qu'il vient de découvrir le cow-pox sur des vaches de cette localité. Une fille de ferme, non vaccinée, qui trayait ces vaches, a été atteinte d'une éruption ayant tous les caractères de la vaccine. La maîtresse de ferme, ainsi que son mari et ses enfants, tous vaccinés, qui se livraient souvent aux mêmes occupations, n'en ont éprouvé aucune atteinte.

Quelques échantillons de ce vaccin ont été envoyés à l'Académie.

M. le président invite M. Bousquet à faire connaître les renseignements qu'il pourrait avoir sur ce sujet.

M. Bousquet : J'ai reçu effectivement du vaccin envoyé par M. Huzard, et j'ai fait avec quelques vaccinations ; mais elles sont trop récentes pour que je puisse me prononcer sur leur caractère. J'en rendrai compte à l'Académie dans la prochaine séance.

Animaux vivants rendus par les urines. — MM. Kergaradec et Balestrier communiquent à l'Académie l'observation d'un malade qui a rendu par les urines un grand nombre d'animaux vivants.

Résection de la mâchoire inférieure. — M. Blandin présente une femme à laquelle il a pratiqué la résection partielle de la mâchoire inférieure ; il a enlevé toute la branche du côté gauche et une partie du corps de la mâchoire, jusque vers le milieu de la commissure des lèvres du côté opposé. Il a été assez heureux pour pouvoir conserver les branches principales du nerf facial et pour conserver ainsi l'intégrité des mouvements de la face. Mais la particularité la plus remarquable que M. Blandin signale à l'attention de l'Académie, c'est la production spontanée d'une bride fibreuse qui comble presque toute l'étendue de la mâchoire enlevée et qui semble en réunir les deux fragments. Cette bride fibreuse a une consistance pareille à celle de la mâchoire des jeunes enfants qui n'ont point encore de dents. Tout fait espérer qu'avec le temps cette production nouvelle acquerra assez de solidité pour suppléer en partie, dans ses fonctions, à la portion de mâchoire enlevée.

SÉANCE DU 17 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Plaie du foie. — M. Gerdy fait un rapport sur un mémoire de M. Roux, de Saint-Pétersbourg, relatif à un cas de plaie du foie à l'occasion duquel l'auteur examine toutes les questions qui se rattachent à ce sujet.

M. Roux, dit M. le rapporteur, a rendu un véritable service à la science en établissant deux indications importantes dans le traitement des plaies du foie avec hémorrhagie; savoir : 1° d'arrêter l'hémorrhagie; 2° de donner issue au sang épanché dans le but de prévenir la péritonite mortelle qui en est si fréquemment la suite.

Le rapporteur propose pour conclusions : de remercier l'auteur de sa communication, d'inscrire son nom sur la liste des correspondants étrangers et d'insérer son mémoire dans le *Bulletin*.

M. Dupuy rappelle à cette occasion qu'il a proposé dans le temps un moyen hémostatique d'une grande puissance. La matière cérébrale du mouton jouit à un très-haut degré de la propriété de coaguler le sang et d'arrêter immédiatement les hémorrhagies. Il a fait à ce sujet l'expérience suivante : une dissolution de matière cérébrale a été injectée dans la veine crurale d'un animal; celui-ci est mort au bout de quelques minutes. J'avais prédit qu'on trouverait le sang coagulé dans le cœur et dans tous les vaisseaux ; l'autopsie vérifia mes prévisions. Ce fait a été constaté par MM. de Blainville et Rousseau. Le cerveau de mouton tue les animaux plus rapidement que ne le ferait une injection de deutochlorure de mercure. Vous savez tous que le deuto-chlorure coagule l'albumine ; c'est un effet analogue que produit la matière cérébrale. Les chirurgiens pourraient, à ce qu'il me semble, tirer un grand parti de ce fait.

M. Dubois (d'Amiens) propose d'insérer dans le *Bulletin* le rapport de M. Gerdy, qui renferme un historique très-étendu de la question, et de renvoyer le mémoire de M. Roux au comité de publication, pour l'insérer dans les mémoires.

M. Castel : Des faits renfermés dans ce mémoire, je crois qu'on peut déduire deux choses : 1° qu'il est des organes, parmi ceux qui appartiennent à la vie organique, qui peuvent perdre une plus ou moins grande quantité de leur substance sans pour cela que la vie cesse; 2° que la mort, lorsqu'elle survient, est plutôt le résultat de l'hémorrhagie que de la perte de substance. On peut encore, de ces considérations, s'élever plus haut; on peut en déduire ce que l'on doit entendre par la hiérarchie de nos organes. Parmi les actes de la vie, il y a des rôles fort différents; c'est au degré d'importance de ces rôles et à leur ordre hiérarchique qu'il faudrait donner quelque attention. Je n'ai pas l'intention de traiter cette question en ce moment, je me bornerai seulement à faire voir l'intervalle immense qui sépare le rôle de certains organes de celui de certains autres.

M. Gerdy expose les motifs qui lui font préférer qu'on insère immédiatement le mémoire de M. Roux dans les bulletins. Une circonstance

involontaire ayant retardé beaucoup la lecture de son rapport, il voudrait éviter encore de nouveaux retards à une publication à laquelle l'auteur tient avec raison.

M. le président met les conclusions du rapport aux voix. Elles sont adoptées.

SÉANCE DU 24 JUIN. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Peste. — M. Tanchou adresse une lettre sur la peste. Loin de se ranger de l'avis de ceux qui demandent que l'Académie hâte son rapport, il exprime le vœu, au contraire, que l'Académie ne se laisse pas déborder à cet égard, et qu'elle appelle dans la commission des médecins du dehors, de la province aussi bien que de la capitale, particulièrement des médecins voyageurs, militaires et de la marine, pour l'aider à résoudre cette grave question. Frappé des graves dangers que pourrait avoir la suppression des lazarets, vers laquelle semble incliner la chambre législative, il voudrait que l'Académie invitât le gouvernement à supprimer seulement de nos lois sanitaires actuelles ce qu'elles ont d'arbitraire et de superflu, surtout à s'entendre avec les autres puissances européennes pour attaquer le mal dans sa source, et enfin à ne pas laisser décliner l'opinion du corps médical dans une question qui le regarde tout seul.

Contagion de la fièvre typhoïde. — M. Gaultier de Claubry lit un travail original sur cette question. On n'a pas oublié, dit-il, que, dans une des précédentes séances, la question de la contagion de la fièvre typhoïde ayant été soulevée, j'ai pris l'engagement d'apporter à l'Académie de nouvelles preuves en faveur de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et, par suite, de la contagion de cette dernière maladie. C'est cet engagement que je viens tenir aujourd'hui.

Je me propose dans ce travail de démontrer les deux propositions suivantes : 1° La fièvre typhoïde et le typhus sont deux maladies identiques ; 2° la fièvre typhoïde, comme le typhus, est contagieuse.

M. G. de Claubry s'attache à démontrer que la symptomatologie et les lésions anatomiques sont effectivement les mêmes dans les deux cas. Quant à la contagion de la fièvre typhoïde, elle ne lui paraît pas pouvoir être sérieusement contestée. Il rapporte huit faits recueillis dans sa pratique et choisis parmi ceux qui étaient les plus propres à mettre hors de doute la contagion. Ces faits ont été recueillis dans des familles riches ou au moins aisées, occupant des habitations saines, bien aérées, vivant, en un mot, au milieu de conditions telles qu'il n'était pas possible de mettre la transmission de la maladie sur le compte de l'encombrement ou de l'infection. Dans ces huit cas, la maladie s'est constamment communiquée des individus malades à des individus sains qui avaient eu des communications fréquentes avec les premiers pendant le cours de leur maladie. Comment se fait-il, dit M. G. de Claubry, tandis qu'il m'a été possible en quelques années de constater nombre de fois des faits de contagion, que les autres praticiens aient eu en général si rarement

l'occasion de signaler des cas semblables ? Tout ce que je peux dire à cet égard, c'est que je dois d'avoir aperçu ces faits à ce qu'ils se sont tous passés dans une même famille. Si, au lieu de cela, ces cas de contagion se fussent manifestés entre des personnes étrangères, il y a tout lieu de croire que je les eusse ignorés.

On objecte qu'on ne voit point d'exemple de contagion dans les hôpitaux. Vous avez entendu M. Rochoux vous dire qu'il défiait les médecins des hôpitaux de citer un cas bien constaté de contagion. Je ferai remarquer d'abord combien cette assertion est peu exacte ; il suffira de citer l'opinion de M. Louis, et celle de M. Chomel, pour réduire cette objection à sa juste valeur. Quant à moi qui n'ai que rarement l'occasion de fréquenter les hôpitaux, j'ai vu cependant, en 1835, un cas de contagion bien manifeste dans un de ces établissements, et j'en fis même la remarque au chef de service et aux internes qui ne s'en étaient pas aperçus. Il m'est permis, d'après ce seul cas, de supposer que des faits de cette nature passent souvent inaperçus faute d'attention.

Il y a une autre circonstance enfin qui contribue pour beaucoup à faire méconnaître la contagion : c'est l'immunité dont un très-grand nombre de personnes jouissent par rapport à la fièvre typhoïde. Dans ce cas sont tous les individus qui ont déjà été affectés. Car il en est, à cet égard, de la fièvre typhoïde comme de la variole, de la rougeole et des fièvres éruptives en général : on n'en est communément atteint qu'une fois. Or, si l'on tient compte de la proportion considérable d'enfants qui ont la fièvre typhoïde, on ne sera pas surpris qu'un grand nombre d'adultes soient à l'abri de son atteinte alors même qu'ils sont exposés à la contagion.

Je ne suis pas seul, d'ailleurs, à soutenir cette opinion, dit en terminant M. G. de Claubry : MM. Chomel, Louis, Moreau, Jolly, et bien d'autres que je pourrais citer, partagent encore le même avis. En aussi bonne compagnie, je pourrai me consoler si je ne parviens pas à convertir M. Rochoux.

M. Rochoux : Je l'ai dit souvent : la vérité est du côté de celui qui distingue le plus et le mieux. Je sais que tous les médecins ne pensent pas ainsi ; il en est qui sont disposés à tout confondre, comme Lassis, qui faisait toutes les fièvres avec une seule, ne voyant entre la fièvre muqueuse, bilieuse, adynamique, le typhus, la peste, etc., que des différences de degré. On me permettra de ne pas partager cette manière de voir.

Abordant la question soulevée par M. G. de Claubry, M. Rochoux attaque de point en point ses propositions. Le typhus et la dothinentérite sont à ses yeux des maladies essentiellement différentes. La dénomination de fièvre typhoïde que l'on a donnée à cette dernière maladie, cause en grande partie de cette confusion, a été, suivant lui, un véritable malheur scientifique. Tout diffère entre ces deux maladies : causes, symptômes, lésions anatomiques, traitement. Voyons d'abord pour les causes :

C'est un principe tout à fait élémentaire en pathologie, que la réaction est toujours relative à la spécificité d'action des causes. Il suffit de se rappeler les phénomènes tout différents que produisent les diverses substances toxiques. Si j'établis donc que les causes du typhus et celles de la dothinentérite diffèrent, j'aurai déjà élagué une première distinction entre ces deux affections. Or, pour le typhus, on reconnaît deux causes bien manifestes qui ne sont contestées par personne : l'encombrement et la contagion. La dothinentérite reconnaît-elle les mêmes causes ? Tout le monde sait que rien n'est plus obscur que l'étiologie de cette maladie. L'acclimatement des étrangers à Paris joue un rôle important dans sa production, comme on le voit journellement pour les jeunes ouvriers et les étudiants récemment arrivés à Paris. L'alimentation, ainsi que l'avait signalé Starck, semble n'y être pas étrangère. L'âge, comme aptitude, constitue une différence notable entre ces maladies. Tout le monde connaît l'immunité des vieillards à l'égard de la dothinentérite ; il n'en est pas de même pour le typhus et les autres fièvres graves ; M. Delaroche a succombé au typhus à l'âge de 60 ans. Le Titien mourut de la peste à plus de 90 ans. Enfin ce n'est pas l'encombrement qui produit la dothinentérite ; je n'en citerai pour l'instant d'autres preuves que les faits mêmes que vient de rapporter M. G. de Claubry.

Passons aux symptômes. Un des symptômes caractéristiques du typhus est un délire particulier ayant quelque ressemblance avec l'ivresse. C'est un aspect brillant particulier des yeux, tel que quelques médecins ont prétendu avoir diagnostiqué la maladie par ce seul caractère. C'est une odeur particulière qui ne ressemble à aucune autre et qu'on ne peut plus méconnaître quand on en a été frappé une fois. C'est enfin l'éruption pétéchiale. On est aujourd'hui, à l'égard de ces sortes d'éruption, beaucoup plus arriéré qu'autrefois. On confond les pétéchies avec cette éruption pourprée, ces taches rosées, sans importance, que l'on trouve partout. Il en est bien autrement de l'éruption pétéchiale qui a été si bien décrite par Fracastor, par Amb. Parée, Pringle, etc., et que l'on a retrouvée en Morée pendant la guerre de l'indépendance. M. Biett l'a vue et très-bien décrite lors de l'épidémie de 1815, à l'hôpital Saint-Louis. C'est donc à tort que l'on confond ces taches pétéchiales, réellement caractéristiques du typhus, avec les taches rosées de la dothinentérite ; elles ne se ressemblent pas du tout.

De pareilles différences dans les symptômes de détail en indiquent de plus grandes encore dans les symptômes d'ensemble. Et, par exemple, la marche de ces deux maladies n'est pas la même. La marche du typhus est toujours rapide, la maladie est presque toujours jugée au quatorzième jour, tandis que la dothinentérite a le plus ordinairement une durée beaucoup plus longue.

Quant à la contagion, on sait déjà ce que je pense à cet égard. J'ai reçu dernièrement de la Touraine, pays où l'on a inventé la contagion, une note dans laquelle on me signalait une épidémie de fièvre typhoïde contagieuse ; mais c'était tout simplement une erreur de diagnostic.

Enfin, on parle de l'anatomie pathologique; mais comment la faisait-on en 1811 ?

Voyons maintenant le traitement prophylactique. Je trouve encore ici les mêmes différences. On se met facilement à l'abri du typhus par l'isolement, tandis qu'on ne se soustrait d'aucune manière à la fièvre typhoïde. On dit que les étudiants qui ne contractent pas la fièvre typhoïde dans les hôpitaux le doivent à ce qu'ils ont eu probablement la maladie dans leur enfance. Pur roman. La fièvre typhoïde n'atteint pas le vingtième de la population. Si elle était contagieuse, elle attaquerait tout le monde. Remarquez d'ailleurs que les élèves en médecine contractent en général la fièvre typhoïde pendant les premières années de leurs études, c'est-à-dire à une époque où ils ne fréquentent pas encore les hôpitaux.

Je m'arrête, et je m'en tiens à ces généralités, parce que les faits de détail échappent à la discussion.

M. Gaultier de Claubry : M. Rochoux ne récusera pas l'ouvrage de MM. Petit et Serres; or, cet ouvrage a été fait avec des observations recueillies avant 1811. J'ajouterai à l'opinion de ces auteurs celle de M. Cruveilhier, qui dit formellement avoir constaté les mêmes lésions dans la fièvre typhoïde et dans le typhus de 1814.

Quant à ce qu'a dit M. Rochoux concernant le caractère particulier du délire dans le typhus, ce caractère n'a pas grande valeur, car il n'ignore pas sans doute qu'il y a autant de formes de délire que de cas particuliers. J'en dirai autant du signe tiré de l'aspect des yeux.

M. Mérat : M. Rochoux a dit : Comment faisait-on l'anatomie pathologique en 1811 ? A-t-il oublié qu'à cette époque Corvisart, Laënnec, Bayle, dirigeaient les recherches d'anatomie pathologique !

M. Castel : La contagion telle qu'on l'envisage est une chimère ; je l'ai dit souvent, et je le repète : Ce n'est pas un être absolu, mais un être relatif ; c'est un épiphénomène. Elle ne constitue pas le caractère essentiel de telle ou telle fièvre.

Quant à la conformité que l'on dit exister entre le typhus et la fièvre typhoïde, on pourrait, jusqu'à un certain point, dire aussi qu'elle existe entre toutes les fièvres ; car elles n'ont pas de caractères absolus : elles se transforment et dégénèrent souvent les unes dans les autres.

Eclampsie puerpérale. — M. Hullin, médecin à Mortagne, lit une observation d'éclampsie puerpérale ayant duré trois jours, et heureusement terminée sous l'influence des bains réitérés et des affusions froides sur la tête. M. Hullin émet quelques considérations sur l'indication de terminer l'accouchement dans cette circonstance. Dans le cas qu'il rapporte, l'accouchement ne mit pas un terme à l'éclampsie, mais il en modéra considérablement les symptômes.

Sur la proposition de M. Moreau, ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission. MM. Moreau et Villeneuve sont chargés d'en rendre compte à l'Académie.

SÉANCE DU 1er JUILLET. — PRÉSIDENCE DE M. CAVENTOU.

Lithotritie. — M. Ségalas présente les débris d'un calcul qu'il a broyé chez un homme âgé de 70 ans, et qui avait à la fois un catarrhe chronique de la vessie, un rétrécissement de l'urèthre et un engorgement de le prostate. Le calcul en outre était divisé en deux parties : l'une libre dans la vessie, l'autre enchatonnée dans une lacune dilatée de cet organe ; ce qui a nécessité des manœuvres difficiles et prolongées. M. Ségalas n'est parvenu à broyer et extraire cette seconde portion de calcul qu'en se servant d'un brise-pierre dont il avait cassé l'une des branches à son extrémité, afin de s'en servir pour user la pierre. Grâce à ce moyen, et malgré cette réunion de conditions fâcheuses, le malade a promptement guéri.

REVUE ANALYTIQUE
DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

18. *Procédé simple pour reconnaître la présence de l'acide sulfurique libre dans le vinaigre;* par Rud. Böttger.

(Journal für praktische Chemie, vol. XXXIV, cah. IV, p. 254.)

On sait qu'il n'est pas rare de trouver dans le commerce le vinaigre de table falsifié par des acides minéraux énergiques, notamment par *de l'acide sulfurique*, et que ce n'est que par un procédé un peu minutieux qu'on a pu, jusqu'à ce jour, démontrer avec certitude une falsification de cette nature. En effet, les réactifs ordinaires, tels que le nitrate et l'acétate de baryte, ne pouvaient ici rendre aucun service, puisque presque tous les vinaigres contiennent de petites quantités de sulfates faciles à reconnaître par l'addition des réactifs qui viennent d'être indiqués. Or, le procédé connu de M. le professeur *Runge*, qui consiste à démontrer, à l'aide d'une dissolution de sucre, la présence de l'acide sulfurique libre dans le vinaigre, remplit parfaitement bien son but dans les mains d'un chimiste instruit et suffisamment exercé aux expériences; mais il n'en est pas moins un peu long et peu sûr pour l'industriel et pour les personnes étrangères à la chimie. Je pense donc que le procédé suivant, aussi

simple que conduisant facilement et sûrement au but, sera accueilli avec quelque intérêt. J'ai fait l'observation que tous les vinaigres, sans exception, vinaigres de vin, d'eau-de-vie, de cidre ou de bière, peu importe, sont, malgré la petite quantité de sulfates qu'ils peuvent contenir, complètement indifférents à l'action d'une dissolution concentrée de *chlorure de calcium.* Si par conséquent on ajoute à un vinaigre quelconque non falsifié un petit nombre de gouttes d'une dissolution concentrée de chlorure de calcium, on ne voit pas le moindre trouble, encore bien moins la formation d'un précipité, parce que la quantité totale des sulfates qui se trouvent dans le vinaigre ordinaire est si faible qu'elle ne décompose une dissolution saturée de chlorure de calcium ni à la chaleur de l'ébullition, ni à une température moyenne. Mais il n'en est plus du tout de même dans le cas de la présence de l'acide sulfurique *libre* dans le vinaigre. En effet, si à deux drachmes environ de vinaigre, avec lequel on a mélangé à dessein la millième partie à peine d'acide sulfurique libre, on ajoute un fragment de chlorure de calcium cristallisé de la grosseur d'une noisette, et qu'on chauffe alors le vinaigre jusqu'à l'ébullition, on voit, aussitôt qu'il *est complètement refroidi,* se former un trouble considérable, et peu de temps après un précipité abondant de sulfate de chaux; ce fait ne se produit jamais, ainsi que je l'ai dit, lorsqu'on s'est servi pour cette épreuve du vinaigre ordinaire, non falsifié par de l'acide sulfurique. Si la proportion de l'acide sulfurique dans le vinaigre est plus grande que 1/1000 (on sait qu'il en est toujours ainsi lorsque le vinaigre a été falsifié à dessein par des fabricants ou des débitants avides), on voit ce précipité, ou pour le moins un trouble, se produire dans le vinaigre, même *avant* son complet refroidissement. Dans le cas où un vinaigre contiendrait de l'*acide tartrique* libre ou du *tartrate acide de potasse*, ou aurait été mélangé à dessein avec ces substances, le même traitement par le chlorure de calcium *ne* fournirait *aucune* réaction semblable; on sait, en effet, que ni l'acide tartrique libre, ni le tartrate acide de potasse ne peuvent décomposer le chlorure de calcium, même à la chaleur de l'ébullition. Ainsi, la réaction indiquée plus haut pour reconnaître l'acide sulfurique libre, ne serait, même avec la présence de l'acide tartrique ou du tartrate acide de potasse dans le vinaigre, ni moins manifeste, ni moins sûre. A.-G. V

---

19. *Sur la composition et les propriétés de la matière colorante de la bile;* par le professeur SCHERRER. (Extrait.)

(Annalen der Chemie und Pharmacie, vol. LIII, cah. 3, p. 377.)

C'est de l'urine d'un ictérique que ce chimiste a retiré la matière colorante de la bile. Pour l'obtenir, on filtre l'urine récente dans le but de séparer le mucus et le dépôt d'acide urique qui peut déjà s'y être formé, et on la mélange ensuite avec du chlorure de barium ; on lave avec de l'eau le précipité vert-clair obtenu, on le jette sur un filtre, et on le décompose en le faisant digérer à une douce chaleur avec de l'alcool et de l'acide chlorhydrique ; on fait évaporer la dissolution alcoolique obtenue, on lave le produit de l'évaporation avec de l'eau sur le filtre, on le redissout dans un mélange d'alcool et d'éther, et on fait évaporer de nouveau.

La matière colorante, lavée avec de l'eau distillée pour lui enlever tout l'acide chlorhydrique, est sous forme d'une très-belle poudre fine, vert foncé, presque insoluble dans l'eau, très-soluble dans l'esprit-de-vin et dans l'alcool, un peu moins soluble dans l'éther pur. Si on n'ajoute à l'eau qu'une faible quantité d'alcali caustique ou carbonaté, elle s'y dissout en abondance et communique à la liqueur une couleur variant du brun au jaune ; elle est également plus soluble dans une eau qui contient des sels alcalins que dans de l'eau distillée pure. Mise pendant longtemps en digestion avec un excès d'acide chlorhydrique, elle change peu à peu sa couleur verte en une d'un brun-noir ; il en est de même lorsqu'on l'expose pendant longtemps à une douce chaleur avec des alcalis. Elle perd dans les deux cas de sa grande solubilité dans l'alcool, et devient au contraire un peu plus soluble dans l'eau ; elle perd en même temps la propriété de subir par l'action de l'acide nitrique les changements caractéristiques de couleur que l'on connaît.

La matière colorante de la bile verdie par l'acide chlorhydrique ne présente pas non plus ce changement de couleur ; mais il se reproduit avec une grande beauté lorsqu'on la fait redissoudre dans une liqueur alcaline. L'auteur s'est assuré que la matière colorante de la bile bien purifiée ne contient aucune trace d'acides chlorhydrique, sulfurique et phosphorique.

L'analyse lui a donné la composition suivante :

Carbone.	68,192
Hydrogène.	7,473
Azote.	7,074
Oxygène.	17,261
	100,000

Elle perd *beaucoup de carbone* et d'*hydrogène* dans son traitement prolongé par les acides et les alcalis au contact de l'air.

La matière colorante des calculs biliaires, préalablement lavée avec de l'acide chlorhydrique, a fourni :

Carbone.	62,491
Hydrogène.	6,148
Azote.	8,169
Oxygène.	23,192
	100,000

Il en résulte que la matière colorante contenue dans les calculs biliaires noirs, très-friables et pauvres en cholestérine, se rapproche beaucoup dans sa composition de celle qui se forme dans un traitement prolongé de la matière colorante ordinaire de la bile par des acides ou des alcalis au contact de l'air. Peut-être à côté de cette matière colorante, soumise à l'analyse et formant la majeure partie des calculs biliaires, en existe-t-il encore une autre, vraisemblablement plus riche en carbone et en hydrogène, se rapprochant davantage de la matière colorante normale ; mais la trop faible quantité de substance que l'auteur avait à sa disposition ne lui a pas permis de résoudre cette question. A.-G. V.

---

20. *Sur la pathologie de la phthisie;* par le docteur Addison.

(Guy's Hospital Reports.)

Ce mémoire contient le développement d'une opinion de l'auteur, émise en 1837, dans ses *Éléments de Médecine pratique*, sur les changements que produit la pneumonie dans les poumons, et que nous allons reproduire brièvement. Dans quelques cas de pneumonie, lorsque la matière albumineuse versée dans le tissu même du poumon est plus plastique et plus disposée à s'organiser, elle n'est pas complètement organisée, et il en reste dans le tissu pulmonaire et d'une manière permanente. Dans ces circonstances, et au bout de quelque temps, on la trouve en petites masses détachées et plus ou moins arrondies ; elle est répandue dans le tissu pulmonaire en assez grande quantité et assez irrégulièrement, représentant sous ces deux formes les tubercules isolés et l'infiltration tuberculeuse. Le plus souvent l'historique du malade apprend qu'à une époque peu éloignée, quelques années peut-être, il a eu une inflammation des poumons, et après la mort on en trouve les preuves dans les adhérences des plèvres et les fausses membranes correspondant aux

points où se trouvent les dépôts albumineux, qui eux-mêmes peuvent rester passifs pendant très-longtemps, et sans éprouver aucune autre altération qu'une transformation graduelle en une masse calcaire. Cependant la part d'influence vitale qui les maintient dans cette intégrité est si faible, que si une inflammation vient à s'établir sur quelques points autour d'eux, si surtout les forces vitales du malade ont été notablement diminuées, ils perdent leur cohésion, sera mollissent, etc. Quelques nouveaux faits sont rapportés par l'auteur à l'appui de cette opinion et démontrent que ces indurations permanentes du tissu pulmonaire sont quelquefois accompagnées d'une dilatation considérable des tuyaux bronchiques qui les traversent, sans que cependant M. Adisson puisse décider si ces dilatations sont cause ou effet, et l'amènent à admettre trois formes différentes dans les désorganisations du tissu pulmonaire, déterminées par l'inflammation et ses suites, et qu'il décrit sous les noms de *phthisie pneumonique*, de *phthisie tuberculo-pneumonique*, et enfin de *phthisie tuberculeuse*. Arrêtons-nous quelques instants sur chacune de ces formes, qui produisent des effets analogues, bien que sous des influences différentes.

La première, la *phthisie pneumonique*, consiste uniquement dans la désorganisation des dépôts albumineux et du tissu dans lequel ils se sont opérés. Elle peut être *aiguë*, c'est-à-dire se faire presque immédiatement après l'épanchement ou l'infiltration, et constituer une phthisie aiguë d'une rapidité extrême; ou *aiguë-chronique*, la matière albumineuse ayant tenté, à une ou plusieurs reprises, de se consolider; ou enfin chronique, et que l'auteur distingue en deux variétés : l'une, qui, frappant d'anciennes indurations, les détruit par un travail lent de désintégration, et donne lieu à des vomiques; l'autre, plus rare, dans laquelle une inflammation insidieuse travaille lentement à convertir une grande partie du tissu pulmonaire en induration grise, sans qu'il se produise d'excavation. Un cas de ce genre est rapporté par l'auteur.

La phthisie *tuberculo-pneumonique* est celle où il y a à la fois des tubercules pulmonaires et de la matière organisable épanchée on infiltrée; et c'est surtout à l'action de cette dernière, ou plutôt à sa destruction par l'inflammation, que l'auteur attribue la plupart des accidents de phthisie, la présence des tubercules dans cette forme n'ayant d'autre effet que d'indiquer la nature strumeuse ou l'état cachectique du sujet, et de le prédisposer aux inflammations, mais n'exerçant, suivant M. Addison, aucune influence essentielle sur les changements graves qui s'opèrent dans

le tissu pulmonaire. Le tubercule pulmonaire n'est point, pour lui, le produit de l'inflammation, et il en distingue deux variétés : l'une d'une transparence vitreuse, homogène, résistant à la pression, et qu'il appelle asthénique ; et l'autre d'un blanc opaque, quelquefois avec une teinte jaune, plus mate et plus friable que la précédente, et quelquefois plus volumineuse. C'est la variété asthénique qui est bien plus sujette à la désintégration et qui joue le principal rôle dans la phthisie tuberculo-pneumonique. Les tubercules un peu volumineux ne sont donc, en réalité, que des agrégations de tubercules simples, ou des tubercules simples enveloppés des produits de l'inflammation, lesquels sont encore plus disposés à la désintégration que les tubercules simples et isolés. Lorsqu'ils sont à l'état simple, ils sont difficiles à découvrir, leur présence ne déterminant aucune modification importante dans les tissus voisins; mais quand ces tissus commencent à s'enflammer, alors aussi commencent à se manifester les symptômes et les signes physiques de la phthisie. Alors, ou l'inflammation marche rapidement et arrive en peu de temps au ramollissement, à la désorganisation et à la formation de cavernes, ou une certaine quantité de matière albumineuse est versée dans le tissu, tend à se solidifier autour du tubercule dont elle augmente le volume et avec lequel elle est souvent confondue. Mais cette tendance à l'induration ou à la réparation est toujours imparfaite et de peu de durée, et, au bout d'un temps plus ou moins long, la désintégration s'empare de cette partie qui s'amollit, et amène l'excavation après un temps plus ou moins long, des jours, des semaines, des mois, et même des années après que le premier dépôt avait commencé à se faire.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description de ce qui arrive après la formation des cavernes, soit que la maladie se termine par la mort, soit que la cicatrisation s'opère ; nous n'y trouverions rien de nouveau pour ceux d'entre nous qui ont suivi avec soin les travaux faits en France sur ce point, et nous nous bornerons à signaler la comparaison établie par l'auteur entre les tubercules et la matière organisable que l'on confondrait souvent avec eux. Il reconnaît que malgré la tendance à l'induration et à la réparation qu'il attribue aux dépôts de la lymphe coagulable dans le tissu pulmonaire, et malgré l'absence de cette même tendance dans le tubercule, il est cependant quelquefois bien difficile de juger si le changement arrivé dans le tissu pulmonaire est le résultat de tubercules ou d'une ancienne inflammation. Il faudrait d'abord, dit-il, déterminer exactement ce qu'est le tubercule, et il n'est pas probable que la chimie si-

gnale jamais de différences bien importantes entre le tubercule et les dépôts albumineux. La différence est plutôt moléculaire que chimique, et se lie plutôt à une nouvelle disposition vitale inappréciable à la chimie. Il espère davantage du microscope, et annonce qu'il ne tardera pas à faire connaître des résultats dignes d'intérêt sur des différences extrêmement fines et qui ne pourraient être appréciées par aucun autre moyen.

La *phthisie tuberculeuse* est celle qui consiste dans la production des tubercules, et surtout de ceux que l'auteur a décrits sous le nom d'asthéniques, et qui, en se groupant, forment souvent, dans le tissu pulmonaire, des masses qui, par la disposition à la désintégration inhérente au tubercule, se ramollissent, puis amènent la suppuration et même la destruction des parties qui les entourent. Retrouvant ici les opinions qui sont le plus généralement admises parmi nous, nous nous abstenons de suivre l'auteur qui termine, après avoir parlé de l'incurabilité de cette forme, en affirmant que si on arrive quelque jour à la découverte d'un moyen pour la prévenir plutôt que pour la guérir, ce ne sera qu'en s'éloignant des moyens énervants auxquels on a presque uniquement recours dans la pratique actuelle. Cinq planches coloriées donnent la représentation des altérations décrites dans ce mémoire.

---

21. *Observations et réflexions sur quelques médicaments contre la coqueluche;* par le docteur Panck, médecin à l'hospice des Orphelins à Moscou.

(Zeitschrift für die gesammte Medicin.)

L'*assa fœtida* (1 gros; mucilage de gomme arabique, 1 once et demie; sirop de guimauve, 1 once : une cuillerée à café toutes les deux heures), si recommandé par Kopp, a été employé sans succès évident pendant une épidémie, en 1839.

L'*acide muriatique* (2 gros; eau distillée, 6 onces; sirop simple, 1 once : une cuillerée à bouche toutes les deux heures), préconisé par Thiel, a rendu à l'auteur de très-grands services, en abrégeant considérablement la durée de la maladie lorsqu'il administrait le remède dans la période nerveuse, sans symptômes inflammatoires. Ce médicament n'a jamais produit d'effets fâcheux; une seule fois il a donné la diarrhée.

Le *calomel* est très-utile, surtout dans les cas de coqueluche avec symptômes inflammatoires fébriles ou gastriques, etc.

L'*huile de foie de morue* est un excellent remède contre la coqueluche chez des enfants scrofuleux.

La *belladone* et d'autres narcotiques paraissent, à l'auteur, dangereux chez les jeunes enfants, déjà si disposés aux congestions sanguines vers la tête.

Le *tannin*, préconisé par Fuchs, a été expérimenté dans une épidémie en 1844. Il a été donné à la dose d'un demi grain à un grain quatre fois par jour. Son effet a été nul, à l'exception d'un seul cas où il a paru utile, chez une fille de 11 ans, qui, dans les accès de coqueluche, a expectoré du sang.

De toutes ses expériences, l'auteur conclut qu'il n'y a point de spécifique contre la coqueluche, et qu'il faut remplir les indications suivant le cas particulier.

---

22. *Sur les maladies du bas-ventre (la scarlatine, la rougeole, la roséole, la variole et la coqueluche) observées à l'hôpital des Enfants à Moscou, en* 1843; par le docteur Kronenberg.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

Gastrite. 52 cas. Les symptômes les plus constants étaient la céphalalgie, la douleur au creux de l'estomac et la dilatation de la pupille.

Péritonite. Elle a été observée sans complication cinq fois chez des enfants scrofuleux qui avaient antérieurement des éruptions à la tête. La maladie a commencé deux fois par des frissons et de la douleur; chez les autres, il n'y avait que de la chaleur. Le bas-ventre était toujours douloureux et sensible au moindre attouchement, la langue chargée et sèche, la fièvre forte, l'urine rouge, la pupille toujours dilatée. Chez deux sujets, le ventre n'était pas tendu comme à l'ordinaire, mais mou; deux fois il y a eu des vomissements; tous, à l'exception d'un seul, avaient des constipations. Dans deux cas, les vertèbres cervicales étaient sensibles à la pression. La durée de la maladie était de seize jours à sept semaines. Une fois la maladie s'est terminée par des sueurs; une autre fois par des abcès à la tête.

Le traitement était antiphlogistique : saignées, sangsues, cataplasmes émollients, application d'onguent mercuriel étendu sur des linges, mais principalement bains tièdes paraissant être très-efficaces; à l'intérieur, purgatifs huileux, calomel, nitrate de soude, etc.

Hépatite. 7 cas; tous guéris. Six fois il y avait ictère; une fois la maladie était compliquée de pneumonie, une fois de splénite, une fois de sensibilité aux vertèbres dorsales supérieures; le plus souvent c'était le lobe gauche du foie qui était

le siége de la maladie ; fièvre peu forte ; durée de la maladie : deux à quatre semaines.

Traitement : sangsues, frictions mercurielles, calomel, laxatifs et résolutifs.

Splénite et hypertrophie de la rate. Chez les six enfants affectés de splénite, la région de la rate était très-sensible au toucher, la fièvre peu prononcée ; quelquefois il y avait céphalalgie, une fois vomissements.

Traitement : sangsues, calomel, purgatifs rafraîchissants et sulfate de quinine ; ce dernier principalement contre les douleurs spasmodiques, consécutives des intestins.

Les affections des muqueuses de la bouche, de l'estomac et des intestins, étaient les plus fréquentes, telles que diarrhée, dyssenterie, choléra sporadique, gastro-entérite muqueuse, le muguet, la stomacace, la diphthérite, et quelquefois le noma, la lientérie et l'entéromalacie. Les aphthes étaient les plus fréquentes, et accompagnées souvent d'autres maladies ; de sorte qu'on n'en a pas tenu note exacte : les purgatifs et le borax en sirop ont toujours suffi pour les guérir.

Muguet. 19 cas ont été observés cette année. Chez tous les enfants, il s'était déjà formé dans la bouche une membrane d'un blanc laiteux, assez épaisse, occupant tantôt une partie de la langue, tantôt une partie des joues, et deux fois toute la surface interne de la cavité buccale ; il y avait, en outre, diarrhée, vomissements, amaigrissement, grande faiblesse, insomnie, agitations, soif, chaleur à la peau, et toujours pouls fébrile, contrairement aux observations de Valleix et d'autres médecins français qui disent n'avoir jamais rencontré la fièvre dans le muguet. La diarrhée manquait rarement, le vomissement souvent.

L'enfant le plus âgé avait 20 mois, et le plus jeune quinze jours. La maladie était la plus fréquente dans les mois d'été, surtout en août. Les mères, en général fortes et bien portantes, avaient du lait de couleur et de consistance normales. Quoique tous les enfants présentassent les symptômes indiqués comme les plus graves de la maladie, un seul a succombé, et encore plutôt par la syphilis dont il était atteint en même temps que du muguet.

Traitement : Potions mucilagineuses huileuses, quelquefois purgatifs, rarement des vomitifs, mais le plus souvent, et avec le plus grand succès, la liqueur de carbonate de soude.

Diarrhée. 197 cas sérieux, sur lesquels 11 morts. Dans 9 autopsies qui ont été faites, on a trouvé six fois toute la muqueuse du gros intestin injectée et couverte, depuis la valvule iléo-cœcale, d'ulcères ronds, superficiels, de 2 à 3 lignes de diamètre, à bords

plats et à fond lisse, une fois seulement couverts de pus ; une fois la muqueuse du rectum surtout était très-épaisse ; deux fois molle et facile à déchirer. Chez deux enfants qui, peu avant la mort, avaient la rougeole, on a rencontré à la partie inférieure du gros intestin, principalement du rectum, des excroissances charnues, irrégulières, allongées, rouges et très-saillantes. Dans les septième et huitième autopsies, la muqueuse de l'iléon était fortement injectée, sans coloration, et une fois la muqueuse du rectum épaissie et enflammée. Dans tous les cas, il y avait encore d'autres organes malades.

Traitement : Il consistait à donner toujours les médicaments directement aux enfants et non aux nourrices. Lorsque la diarrhée était récente, on a eu recours au sirop de rhubarbe pour les enfants à la mamelle, et à l'huile de ricin pour ceux qui étaient plus âgés : lorsque la diarrhée était accompagnée d'aigreurs, on a employé le charbon et la liqueur de carbonate de potasse. Etait-elle accompagnée d'irritation, c'était la décoction de guimauve, le nitrate de soude, la terre foliée de tartre, et, chez les enfants plus âgés, du calomel à petites doses. Dans la diarrhée séreuse, c'était la poudre de Dower, avec salep et surtout des bains chauds ; dans la diarrhée sanguine, le nitrate de soude, l'alun et la potasse ; dans les diarrhées chroniques où l'on pouvait soupçonner des ulcères, le nitrate d'argent et l'acétate de plomb, en potion ou en lavements, paraissent avoir été très-utiles : dans les cas de relâchement évident des fibres, l'extrait de noix vomique était très-efficace.

La maladie était surtout fréquente en juin, juillet et août.

Diphthérite. 2 croups pharyngés chez un enfant de 10 mois et chez un autre d'un an ont été observés ; ils guérirent. — Traitement : oxymel scillitique comme vomitif, médicaments huileux, la liqueur de carbonate de potasse et l'acide muriatique en topique.

Stomacace. 10 enfants de 5 à 12 ans ; guérison. Traitement par les purgatifs et par l'application locale de l'acide muriatique.

Noma. 3 cas suivis de mort. A l'autopsie de l'un d'eux, on a trouvé la substance cérébrale molle, les ventricules remplis d'eau, 3 onces de sérosité dans le péricarde, les poumons sains, l'S du colon et le rectum ulcérés, couverts de pus, le colon transverse parsemé de petites taches noires dont quelques-unes sont passées en ulcères ; l'ulcère de la bouche avait perforé les joues, s'était étendu au voile du palais et avait dénudé l'os de la mâchoire inférieure.

Gastro-entérite. En ne comptant que les cas où l'inflammation

des intestins était grave et s'étendait aux appareils glanduleux et à l'estomac, on a noté 18 nourrissons de l'âge de 4 à 14 mois, et 2 enfants âgés de plus de 2 ans. La mort de 2 seulement est bien constatée. Le plus grand nombre des cas s'est présenté au mois de juillet. Le traitement, principalement extérieur, consistait dans les applications de sangsues, de cataplasmes, de sinapismes, de vésicatoires, de frictions mercurielles et de bains. A l'intérieur, des émulsions, du nitrate de soude, du carbonate de potasse, la terre foliée de tartre, du calomel à petites doses, la poudre de Dower.

Dyssenterie. L'inflammation bornée au rectum, avec diarrhée sanguine, a été observée sur 38 enfants (22 garçons et 16 filles), de l'âge de 4 semaines à 5 ans. L'un d'eux est mort; pour 5, l'issue de la maladie est restée inconnue : tous les autres ont guéri. Le traitement était celui de la diarrhée muqueuse, plus l'huile de ricin administrée toujours au début.

Lientérie. 5 enfants (2 garçons et 3 filles); le plus jeune de 6 mois, le plus âgé d'un an et demi, ont rendu par les selles des aliments non digérés; chez tous, il y avait un appétit vorace, une peau décolorée, abattement des forces et amaigrissement; l'un d'eux eut des vomissements. Le traitement variait suivant la cause, la durée et le caractère de la maladie : lorsqu'elle était la suite d'une inflammation chronique, on donnait avec succès : nitrate d'argent, 1 demi-grain; une décoction de guimauve, 3 onces; sirop diacode, 2 gros, trois cuillerées par jour.

Gastro et entéromalacie. De 3 enfants dont on a diagnostiqué le ramollissement des voies digestives, l'un est mort; les 2 autres (1 garçon et 1 fille), âgés de 2 ans, se sont remis lentement. Symptômes principaux : évacuations de flocons mucoso-séreux mêlés d'excréments ténus; parfois, vomissements de même nature, amaigrissement rapide, perte de force, grande agitation, soif extrême caractéristique, tantôt insomnie, tantôt assoupissement, fièvre nulle. Le nitrate d'argent était le médicament principal.

Scarlatine. 22, dont 4 sont morts. Les mois de décembre et de janvier contenaient le plus de malades. Les abcès, principalement au cou et à d'autres parties du corps, étaient fréquents et d'un mauvais pronostic. Dans deux autopsies, on a trouvé dans les poumons des abcès analogues aux dépôts métastatiques à la suite de phébite. Des expériences faites avec le carbonate d'ammoniac ont été peu concluantes; par contre, l'auteur regarde l'emploi de la belladone (1 grain d'extrait dans une once d'eau de cannelle, à prendre journellement autant de gouttes que l'en-

fant a d'années d'âge) comme un excellent préservatif quand elle est administrée pendant deux ou trois semaines.

Rougeole. 47 : la maladie a sévi souvent en décembre, janvier et février; dans les 5 cas de mort, il y avait complication de pneumonie et de diarrhée.

Roséole. 9 cas ont été observés en octobre, novembre et décembre; chez 4, qui sont morts, la roséole était compliquée de pneumonie et d'encéphalite : la diarrhée n'a jamais manqué et la desquammation ne s'est pas faite avant la mort. La roséole tient le milieu entre la rougeole et la scarlatine, en ce que plusieurs de ces enfants avaient déjà eu antérieurement ces maladies : deux fois les yeux étaient injectés comme dans la rougeole, et la gorge enflammée comme dans la scarlatine; et chez 4, dont 2 seulement avaient les yeux rouges, les amygdales étaient tuméfiées.

Variole et varioloïde. La première a été observée une fois chez un garçon de 13 ans qui avait été vacciné; la deuxième chez deux enfants également vaccinés.

Coqueluche. 182, dont 82 garçons et 100 filles; le plus jeune enfant avait 3 mois, et le plus âgé 13 ans. La maladie est bien plus fréquente au-dessous de 7 ans qu'au-dessus, dans la proportion de 7 et demi à 1; elle atteint plus de filles que de garçons, principalement après la septième année; de neufs enfants atteints de coqueluche après l'âge de 7 ans, il n'y a eu qu'un garçon.

Les complications sont de nature nerveuse, catarrhale et inflammatoire; parmi ces dernières, la pneumonie est en général moins fréquente que dans la rougeole. Sur les 42 coqueluches traitées à l'hôpital même, il y eut 5 pneumonies, dont une suivie de mort. Pendant la complication de la pneumonie, les symptômes de la coqueluche ont diminué ou même complètement disparu pour reparaître de nouveau après la disparition de la pneumonie. — Traitement de la première période : terre foliée de tartre; extrait de belladone avec soufre doré; plus tard, gui de chêne; le soir, poudre de Dower ou pilules de cynoglosse; quelquefois le sulfate de quinine avec fleurs de zinc. La maladie n'a jamais duré moins de six semaines.

---

23. *Nye Erfaringer om Inoculabiliteten af syphilis oy Hudsygdome*; af Dr A. G. Sommer. Kjöbenhaven, 1841, in-8°, 68 pages. — *Nouvelles expériences sur l'inoculation de la syphilis et des maladies de la peau;* par le docteur A. G. Sommer, à Copenhague.

Les essais d'inoculation syphilitique tentés par M. le docteur A. G. Sommer, à Copenhague, pendant l'hiver de 1840 à 1841 et le printemps suivant, ont été pour la plupart faits sur des filles publiques. L'auteur y a apporté le plus grand soin, afin de pouvoir, sinon résoudre, au moins jeter quelque jour sur la question, encore controversée, de la reproduction et de la propagation du venin syphilitique.

M. Sommer pense que l'inoculation est un moyen sûr pour arriver à la connaissance de l'identité, de l'analogie ou de la différence des diverses formes de la syphilis. Une question importante, dit l'auteur, question que M. Ricord n'a pas entièrement élucidée, est celle de savoir jusqu'à quel point les affections syphilitiques sont susceptibles d'inoculation et de contagion.

L'auteur, admettant l'opinion de Wallace et de Baumès sur la propriété contagieuse des accidents secondaires de la syphilis, qui ne s'inoculent point, se demande s'il n'y aurait pas certaines dispositions plus ou moins favorables à l'inoculation, dispositions qui ont jusqu'ici échappé à l'attention. C'est dans le but de résoudre cette question, qu'il s'est livré à ses essais.

En général, les inoculations ont eu lieu sur la cuisse, à moins qu'un autre endroit n'eût été expressément indiqué.

Inoculations faites avec la matière d'un ulcère chancreux. — Marche ordinaire (1).

5 inoculations de cette espèce furent pratiquées sur des hommes : la pustule a été cautérisée par la pierre infernale; mais, une fois, son action n'a pas détruit la maladie. 13 inoculations pareilles furent faites sur des femmes avec de la matière provenant de chancres existant aux organes sexuels extérieurs, aux grandes et petites lèvres, ou à la commissure postérieure. Dans 2 cas, le chancre se trouvait à l'orifice de l'urèthre; dans 5, au col de la matrice; dans 2, dans le vagin, et dans 1, à l'anus. Je

(1) Par marche ordinaire, M. Sommer entend la formation de la pustule caractéristique indiquée par M. Ricord; seulement, il fait observer qu'elle apparaît un peu plus vite que ne l'indique le médecin de l'hôpital du Midi. La pustule se montre ordinairement le deuxième jour, ou bien le troisième ou le quatrième, et l'eschare est formée beaucoup plus tôt.

dois déclarer, dit l'auteur, que je ne puis indiquer un caractère sur lequel on pourrait baser avec certitude la possibilité d'inoculation des affections de l'utérus ni de celles des organes sexuels extérieurs. Ainsi, on voit les ulcères les plus profonds, rongeants, n'être point inoculables, tandis que des affections superficielles, des ulcères qui présentent des caractères de bénignité, et ceux qui sont pour ainsi dire à leur période de guérison, offrir à un haut point cette propriété.

Inoculations avec la matière de bubons ; marche régulière.

M. Sommer a pratiqué deux inoculations. Dans un de ces cas, le malade entra à l'hôpital le 5 octobre; le bubon fut ouvert le 18, et l'inoculation ne fut pratiquée que le 9 décembre suivant, époque à laquelle la guérison paraissait proche. Cependant elle n'était pas complète. Le 20 février, on fit une seconde inoculation sans résultat; il en fut de même de celle opérée le 24.

Inoculations d'ulcères aux organes génitaux ; insuccès.

M. Sommer a inoculé des ulcères de l'utérus du caractère le plus différent, souvent de mauvaise nature, profonds, saignants, et cela sans aucun résultat. Un grand nombre de ces ulcères avaient subi un traitement local; mais des observations présentes prouvent que ce traitement ne détruit pas toujours la propriété d'inoculation du principe virulent. M. Sommer en cite un exemple que voici : « Une femme présentait à l'utérus et au vagin des ulcères qui furent cautérisés avec la pierre infernale; au bout de deux à trois semaines, les eschares étaient tombées. On constata un nouvel ulcère à la commissure postérieure : la matière que produisait cet ulcère fut inoculée, et elle donna lieu à la pustule caractéristique. »

Parmi les cas d'ulcères de l'utérus dont l'inoculation a eu un résultat négatif, M. Sommer cite celui d'une femme qui entra à l'hôpital au mois de septembre. Cette femme était atteinte d'un érysipèle, ainsi que d'une affection syphilitique. L'ulcère de l'utérus était saignant; un traitement local fut institué et prolongé sans succès jusqu'au 23 janvier. Il était impossible, à cause de l'exsudation sanguine, d'obtenir de la matière pure; cependant l'inoculation fut faite sans résultat. Vers la fin de février, des tubercules muqueux se montrèrent à la partie supérieure des organes génitaux, ainsi qu'un petit ulcère rond, à fond dur et enflammé, à la partie interne de la cuisse. Cet ulcère laissait suinter un liquide aqueux; ce liquide fut inoculé sur l'autre cuisse. Au sixième jour, les pustules caractéristiques furent formées; seulement elles

étaient un peu plus plates qu'à l'ordinaire. (Le docteur Christensen et M. Sommer ne reconnurent dans cet ulcère rien de primitif.) Le dixième jour, ces pustules présentaient l'eschare caractéristique d'un brun foncé. Le même jour, l'ulcère fut cautérisé, en même temps qu'on inocula une matière jaune-verdâtre prise dans le vagin. 13 jours après, une pustule caractéristique se montrait au point inoculé. Traitée par le calomel à partir du dix-septième jour, cette femme fut guérie après quelques mois de traitement. A l'exception des tubercules muqueux qui se développèrent vers la fin de février, on ne constata aucun symptôme secondaire. On doit faire observer que des chancres se montrèrent aux points de la cuisse qui avaient été inoculés infructueusement en apparence pendant le mois de janvier.

Dix-huit inoculations avec résultat négatif furent pratiquées sur des femmes avec de la matière provenant d'ulcères aux organes extérieurs de l'urèthre, de deux abcès des grandes lèvres, et d'une sécrétion puriforme de trois follicules muqueux.

Inoculations faites avec du pus de bubons.

Six femmes furent inoculées sans résultat.

Inoculations faites avec la matière d'ulcères syphilitiques. — Résultats divers.

A *Anomalies quant au développement.* — Un individu entre à l'hôpital le 21 février 1839, quatorze à seize jours après la contagion : il présentait un bubon. Le 2 mars, on découvre deux petits ulcères dans l'urèthre ; on inocule, le même jour, la matière qui en provient. Le 4, la pustule est petite, indolente, peu rouge ; le 5 et le 6, elle augmente. Le 8, elle est encore indolente, peu rouge et peu gonflée : on la cautérise. M. Sommer a observé d'autres cas où le développement de la pustule eut lieu en quarante-huit heures, et, après cinq jours, il a observé les signes caractéristiques de l'eschare.

B. *Pustules d'inoculation à marche tout à fait anormale.* — Trois cas de cette espèce.

Une femme qui avait été inoculée avec la matière d'un ulcère qu'elle avait à l'utérus, et qui, depuis quelques mois, était atteinte d'une rubéole syphilitique, se présente, le 27 février, avec un ulcère chancreux à l'anus, qu'on inocula le même jour sur la fesse. On avait oublié de marquer la place de l'inoculation. Huit jours après, on vit une eschare jaune-verdâtre, comme l'impétigo, entourée d'une proéminence semblable à celle de la

pustule caractéristique. Aucune douleur ne se fait sentir dans ces points. Après avoir enlevé les eschares, on découvre des ulcères ronds, à bords nets, formant de légers zigzags ; ils diffèrent des pustules caractérisques par leur peu de profondeur. Après douze jours, l'eschare est de nouveau enlevée, et les ulcères présentent à peu près la même profondeur que la première fois. Le dix-neuvième jour, l'enlèvement de l'eschare les fait saigner ; mais ils ne sécrètent que peu de pus. Le vingt-deuxième jour, ils étaient guéris, quoique l'on n'eût employé aucune médication locale. La cicatrice n'est ni profonde ni entourée d'une teinte bleuâtre, comme c'est l'ordinaire. La rubéole a persisté pendant tout ce temps. Une seconde inoculation fut pratiquée huit jours après la première. Au bout de cinq jours, l'éruption artificielle présentait les caractères de la pustule, avec formation d'une eschare plus épaisse et plus foncée que celle du chancre originaire. L'eschare de la pustule supérieure étant enlevée, il en sortit un pus de mauvaise nature. La profondeur, le fond et les bords donnaient à cette plaie une grande ressemblance avec la pustule caractéristique. Elle fut ensuite cautérisée avec la pierre infernale; les deux autres furent laissées intactes. Le huitième jour, les deux pustules inférieures offraient les mêmes caractères que la première. Le douzième jour, les eschares nouvelles avaient une ressemblance frappante avec celles du favus. Le fond de l'ulcère n'avait point changé. Le quinzième jour, lorsque l'ulcère originaire était entièrement guéri, on remarquait dans les points d'inoculation un changement notable : les eschares étaient noirâtres et excavées; la rougeur et la saillie environnante étaient considérablement diminuées. Après l'enlèvement des eschares, les ulcères devinrent saignants ; l'époque de la suppuration était probablement passée. Dès ce jour, la malade fut soumise à la méthode de salivation. Les ulcères montraient une tendance à la guérison avant que le mercure eût produit un effet sensible, et la guérison était complète le vingt-sixième jour. Il y a eu salivation.

M. Sommer termine son travail par les sept propositions suivantes :

1° La pustule caractéristique décrite par M. Ricord est la conséquence ordinaire de l'inoculation d'un ulcère primitif ou d'un bubon, quand toutefois le résultat est positif ; cependant la pustule se développe plus promptement, d'après mes observations, que M. Ricord ne l'indique, quoique son développement puisse être plus lent ; ce qui arrive rarement.

2° On ne peut établir avec certitude, d'après l'*habitus* d'un

ulcère syphilitique, la possibilité de son inoculation ; car un ulcère en voie de guérison peut néanmoins encore, par l'inoculation, donner lieu à la pustule caractéristique.

3° Il est douteux qu'il soit possible d'enlever et quelquefois de rendre à un ulcère sa propriété inoculable.

4° Outre la pustule caractéristique, il existe un autre produit de l'inoculation (probablement une modification de la première), qui se distingue par sa marche plus rapide, par sa tendance à se guérir promptement et de lui-même, et par le peu d'extension qu'il prend. Ce produit, désigné par M. Sommer sous le nom de *pustule abortive de l'inoculation*, dépend d'une modification dans le principe contagieux, occasionnée par la transformation sur place de l'ulcère syphilitique. Il est probable aussi que l'inoculation syphilitique peut donner lieu à des pustules impétigineuses, et l'opinion qui admet la possibilité de produire toujours, par l'inoculation, le même résultat, commence à perdre de sa certitude.

5° Il est aujourd'hui prouvé qu'un ulcère non syphilitique peut produire des pustules impétigineuses semblables à celles dont il est parlé plus haut.

6° Les propriétés d'inoculation et de contagion de l'impétigo sont prouvées, et il est probable que l'ecthyma et le pemphigus se propagent aussi quelquefois de la même manière.

7° Il est très-probable que des recherches ultérieures prouveront que les affections syphilitiques de la peau et de la muqueuse peuvent, sous certaines conditions, être inoculées. (*Syphilidologie*, cahier 3, vol. VI, 1844.)

MÉLANGES.

24. *Formule pour la préparation du cachou de Bologne.*

(Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1845.)

Le cachou de Bologne ne ressemble pas le moins du monde à celui qu'on délivre dans les pharmacies ; il est plus fort, plus styptique, plus piquant. Il peut être un médicament tonique et carminatif, mais il est surtout dans l'usage un bonbon dont on se munit en voyage pour se rafraîchir la bouche ; les fumeurs et les gens qui ont la mauvaise haleine en font une grande consommation. Le cachou venant de Bologne est vendu dans de petites boîtes ovales en bois de sapin, du poids de 20 grammes environ.

Le cachou est en tout petits carrés ou losanges légèrement argentés à l'extérieur ; un ou deux petits morceaux mis dans la bouche suffisent pour donner une fraîcheur des plus agréables. M. Dorvault, dans sa *Pharmacopée*, donne la formule suivante, non comme étant la véritable, mais comme donnant un produit analogue au cachou bolonais.

Pr. : Extrait de réglisse par infusion.	100 gramm.
Eau.	100 gramm.

Faites fondre au bain-marie et ajoutez :

Cachou Bengale pulvérisé.	30 gramm.
Gomme en poudre.	15 gramm.

Faites évaporer en consistance d'extrait, et alors incorporez les poudres suivantes, qui devront être très-fines :

Mastic.	2 gramm.
Cascarille.	2 gramm.
Charbon.	2 gramm.
Iris de Florence.	2 gramm.

Rapprochez la masse en consistance convenable, retirez de dessus le feu, et ajoutez encore :

Huile volatile de menthe anglaise.	2 gramm.
Teinture d'ambre.	5 goutt.
Teinture de musc.	5 goutt.

Coulez sur un marbre huilé et étendez à l'aide du rouleau en plaques de l'épaisseur d'une pièce de 50 centimes. Lorsque la masse sera refroidie, frottez-la avec du papier sans colle, afin d'enlever complètement l'huile des deux surfaces, puis humectez celles-ci très-légèrement, étendez-y des feuilles d'argent, laissez sécher, et enfin coupez la plaque d'abord en lanières très-étroites, puis ces lanières en carrés ou losanges très-petits, de la dimension des semences de fenu-grec.

---

25. *Note sur les médicaments qui résultent de l'union des acides gras aux bases organiques* ; par M. Tripier, pharmacien major à Alger.

(Journal de Pharmacie, août 1845.)

Depuis bien des années, M. le docteur Antonini, médecin en chef de l'armée, prescrivant le sulfate de quinine sous forme de pommade, dans les cas nombreux où il ne peut être pris à l'intérieur, avait remarqué que cette préparation, dont il donna lui-même une des meilleures et, je crois, la première formule, ne produisait pas constamment les effets désirés ; que la pommade,

d'autant plus active qu'elle était plus récente, devenait souvent inefficace très-peu de temps après sa préparation : il avait observé que le sel de quinine, quel qu'il fût, se séparait du corps gras sous forme cristalline, par un mouvement quelquefois rapide et comme électrique ; alors le corps gras seul était absorbé, et la pommade devenue à peu près inerte.

J'avais eu moi-même plusieurs fois occasion de remarquer ces faits, quand M. Antonini me chargea de chercher une préparation de quinine soluble dans les huiles et les graisses.

Les acides gras se présentaient naturellement à l'esprit ; j'isolai ceux du savon d'huile d'olive et les employai ensemble à dissoudre de la quinine pure que j'y ajoutai d'abord à parties égales : le savon de quinine était ensuite dissous dans son poids d'huile d'olive ; la pommade qui en résulta produisit d'excellents effets, l'absorption fut toujours complète.

M. Antonini, désirant associer le fer à la quinine dans quelques-unes de ses médications endermiques, nous fîmes dissoudre dans l'huile employée à la préparation ci-dessus du savon de fer obtenu par la double décomposition d'une solution de savon blanc ajoutée à une solution de sulfate de fer.

Nous composâmes, pour d'autres indications, des savons de morphine et de strychnine, afin d'obvier aux inconvénients que présentent les liniments et pommades où l'on incorpore des préparations d'opium et de noix vomique : un plein succès couronna nos tentatives.

Les savons de quinine se préparent également bien, soit que l'on combine directement la base aux acides gras, soit que l'on opère par double décomposition : j'ai fait, dans ce dernier cas, usage de l'hydrochlorate de quinine. Les solutions de sel et de savon doivent être aussi près que possible de l'état de neutralisation : si le sel de quinine est acide, le sulfate, par exemple, le premier effet de la solution de savon est de saturer l'acidité de la liqueur, et il se précipite du sulfate neutre de quinine qui échappe à la décomposition ; si le savon est trop alcalin, il se précipitera de la quinine pure.

La double décomposition m'a seule bien réussi pour la préparation du savon de morphine, que j'obtiens également avec une solution d'hydrochlorate de cette base.

Il convient de verser peu à peu la solution de savon dans celle de l'hydrochlorate à base organique, et d'agiter continuellement ; le précipité se forme bientôt : on est guidé dans la saturation par le trouble qu'occasionnent les nouvelles affusions d'eau de savon et par l'amertume de la liqueur qui s'affaiblit graduelle-

ment. Quand on opère avec le stéarate de potasse, il faut agir au bain-marie, à une température d'au moins 50 degrés. Si l'on ajoutait trop du précipitant, il se formerait, vers la fin, du bistéarate de potasse qu'il serait difficile de séparer du stéarate de quinine.

Quand on opère avec des solutions d'oléate, de margarate, ou de savon d'huile, les liqueurs doivent être plutôt tièdes que chaudes ou froides : il faut se tenir de préférence un peu au-dessous du point de la décomposition mutuelle et complète ; car, en le dépassant, l'eau de savon en excès réagirait sur le précipité.

J'ai employé tour à tour avec un égal succès le savon de suif, ceux d'huile d'olive et d'huile d'amandes douces, les acides oléiques et margariques purs, les acides oléique et stéarique des fabriques de bougie.

En combinant à la température du bain-marie ces divers acides gras avec les trois quarts de leur poids de potasse caustique et six ou huit fois autant d'eau, on obtient une masse gélatineuse parfaitement transparente, complètement soluble dans l'eau distillée. Pour que cette solution soit également fluide à la température de 25 à 30 degrés, le savon stéarique exige trois fois autant d'eau distillée que celui fait avec l'acide oléique. Les solutions ainsi préparées sont d'une grande alcalinité, je les neutralise par de l'acide acétique jusqu'à ce que leur transparence menace de s'altérer : c'est alors que je les emploie à la précipitation des sels à bases organiques.

Quand on opère la combinaison directe de la quinine, soit aux acides gras purs, soit à ceux produits dans les fabriques de bougie, soit à leur mélange obtenu par la décomposition des savons divers, on ne saurait se dispenser d'agir à la température du bain d'eau bouillante.

Les proportions de quinine pure et d'acide gras à employer sont trois parties de ces derniers pour deux de quinine.

En opérant par double décomposition au moyen de liqueurs titrées, j'ai observé qu'il fallait une quantité de solution savonneuse contenant 15 d'acide gras pour décomposer complètement une solution contenant 10 de quinine pure. En examinant ensuite le précipité, je retrouve les mêmes proportions entre les acides et les bases : le poids brut du précipité varie toutefois selon l'espèce d'acide gras ; le stéarate surtout retient beaucoup d'eau : cette eau n'est probablement qu'interposée, et sa quantité me semble devoir varier suivant la température à laquelle la précipitation est effectuée. Elle peut être chassée des divers

savons de quinine par l'application ménagée de la chaleur : ces composés opaques deviennent alors diaphanes et conservent ce caractère après leur refroidissement, à l'exception du stéarate, qui reste seulement translucide après sa solidification ; mais une légère chaleur le fond et lui rend toute sa transparence.

La composition de ces préparations, sur lesquelles j'aurai à revenir en examinant les composés dont les autres alcoloïdes font partie, serait très-approximativement, pour les sels anhydres de quinine que j'ai examinés :

Base.	40
Acide.	60

Les proportions d'eau, qui ont varié selon l'espèce d'acide dans les circonstances où je me suis placé, étaient de 5 $\frac{1}{2}$ pour 100 de margarate pur ; de 9 à 10 pour 100 d'oléate pur ; de 11 pour 100 d'oléate préparé avec l'acide liquide des fabriques de bougie ; de 9 $\frac{1}{2}$ pour 100 de stéarate obtenu avec l'acide solide des mêmes fabriques.

Pour la préparation des pommades, il me paraît convenable de se fixer sur l'acide oléique (l'acide liquide des fabriques de bougie, bien qu'il soit coloré), à cause de la fluidité du composé qui en résulte. Quand on n'aura pas ce corps à sa disposition, le savon d'huile d'amandes douces ou celui d'huile d'olive seront d'un très-bon emploi, soit que l'on précipite le chlorhydrate de quinine par leur solution, soit que l'on dissolve deux parties de quinine dans trois parties de l'acide mixte obtenu de leur décomposition.

L'oléate de quinine, ou l'oléomargarate, sont dissous au bain-marie dans un poids égal au leur de graisse ou d'huile d'olive ; il en résulte une pommade qui contient un cinquième de quinine pure : cette préparation, soumise depuis plus de six mois à l'expérimentation, a constamment produit les meilleurs effets.

La médecine endermique, dont l'utilité est constatée depuis bien longtemps, et à laquelle on recourt de plus en plus aujourd'hui, trouvera de puissantes ressources dans les composés formés par l'union des acides gras à tous les médicaments basiques capables de s'y combiner ; les oxydes métalliques seront susceptibles d'être administrés par la peau aussi bien que les bases organiques. Une voie nouvelle me paraît devoir s'ouvrir dans cette direction à la médecine et à la pharmacie.

Le pharmacien se trouve trop souvent en présence de la difficulté bien réelle d'associer d'une manière intime et stable aux pommades et aux liniments, les extraits, les alcaloïdes, leurs sels et leurs solutions.

Le médecin ne constate-t-il pas à tout moment le peu d'efficacité des liniments et des pommades opiacées, l'impossibilité de faire absorber avec certitude une dose déterminée d'opium ou de ses composés? Quand il est obligé de les associer à des corps gras qui disposent mal la peau à l'absorption d'une préparation aqueuse, et même si l'emploi de ces médicaments n'est pas fait avec un soin particulier, toute la matière active ne peut-elle pas être perdue?

Dans les maladies où le temps est précieux et quelquefois irréparable, un remède d'un emploi facile et sûr devient d'une grande importance.

---

26. *Mémoire sur un mode nouveau d'employer l'hydrochlorate de morphine dans les odontalgies, les névralgies frontales, et dans quelques névralgies trifaciales*, lu à la Société médicale d'Émulation, le 20 mai 1845; par M. Ebrard, médecin de l'hospice de la Charité de Bourg.

(Journal de Médecine de Lyon, juillet 1845.)

La fréquence de l'odontalgie, l'atrocité des douleurs qu'elle produit, le désagrément dont elle est souvent une cause pour le médecin, par sa résistance opiniâtre au traitement le plus habile, m'engagent à soumettre à votre appréciation un moyen qui m'a presque toujours réussi. C'est moins une médication nouvelle qu'une modification au mode de se servir d'un médicament généralement usité contre les névralgies; mais cette modification présente des avantages que le raisonnement fera comprendre, que l'expérience confirmera.

L'efficacité, dans les névralgies, de l'hydrochlorate de morphine employé par la voie endermique, donnait le droit d'espérer des succès analogues dans le traitement de l'odontalgie; cependant les résultats de l'emploi de ce médicament ont presque toujours été nuls, sans doute parce que, administré selon cette méthode, il est séparé du nerf malade par une trop grande épaisseur de tissu : d'ailleurs, la vésication de la face est douloureuse, désagréable pour le malade. Exempt de ces inconvénients, *l'usage de l'hydrochlorate de morphine, en frictions sur la gencive du côté douloureux*, a des effets prompts, efficaces, qu'il aurait été facile de prévoir si l'on eût considéré qu'entre le sel de morphine et le nerf irrité il n'existe alors qu'une couche de tissu mince et doué d'une grande puissance d'absorption.

L'extrait d'opium, il est vrai, a été employé en fomentations ou en applications dans le creux de la dent douloureuse; mais il

a rarement produit la guérison de l'odontalgie. Pourquoi cette différence entre l'extrait d'opium et un de ses éléments, la morphine? Je me bornerai à la constater sans chercher à l'expliquer.

L'efficacité, en fait d'odontalgie, de l'extrait d'opium et de l'hydrochlorate de morphine, absorbés par l'intermédiaire de l'estomac, est également peu marquée, peu satisfaisante ; tandis que le dernier médicament, employé en frictions sur les gencives, a une action locale d'une énergie et d'une promptitude telles, que je ne puis mieux en donner une idée qu'en comparant cette action à celle qu'ont sur le système nerveux de la pupille deux à trois gouttes d'une solution d'extrait de belladone, introduites entre les paupières. Un accès d'odontalgie est enlevé en deux heures, une heure, une demi-heure ; et, le plus souvent, un ou deux jours suffisent pour faire disparaître l'irritabilité du nerf dentaire.

En voici des exemples :

Obs. I. — Madame Savarin, de Jujurieux, femme très-nerveuse, âgée de 30 ans, éprouvait, depuis quinze jours, des douleurs lancinantes dans le côté gauche de la mâchoire inférieure, où elle avait plusieurs dents cariées. Ces douleurs, qui l'empêchaient de dormir pendant la nuit, avaient résisté à une foule de moyens : les pédiluves sinapisés, les fomentations avec l'eau de pavot, le laudanum pris à l'intérieur, sont ce que je lui conseillai, et les frictions sur la gencive avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine. Une heure après la mise en pratique de cette prescription, les douleurs n'existaient plus.

Elles reparurent huit mois après, mais pour céder de suite à la même médication.

Obs. II. — Au commencement de 1844, M. Barelier, trésorier chez le receveur-général de Bourg, homme peu sanguin, âgé de 33 ans, vint chez moi pour se faire extraire une dent qui, depuis huit jours, lui causait les douleurs les plus vives. C'était l'avant-dernière grosse molaire du côté droit, laquelle commençait seulement à être affectée de carie. Sur mon conseil, il eut recours aux frictions sur la gencive avec l'hydrochlorate de morphine, à la dose de 0,013 grammes (un quart de grain) ; deux suffirent pour enlever la douleur, et, à partir de cette époque, il n'a éprouvé aucune souffrance nouvelle.

Il est très-probable que l'extraction de la dent cariée aurait amené, chez M. Barelier, les mêmes résultats que les frictions avec l'hydrochlorate de morphine ; mais cette opération est douloureuse et n'est pas toujours possible : quelques malades ont de

la peine à s'y résoudre ; elle prive la mâchoire d'un organe utile à sa solidité et à la mastication ; enfin, le choix de la dent à extraire est difficile lorsque l'irritation occupe la branche maxillaire tout entière, ou lorsqu'elle existe chez des personnes qui n'ont aucune dent cariée.

Obs. III. — Madame Chanal, de Beauregard, souffrait, depuis trois mois, d'une névralgie dentaire à la mâchoire inférieure du côté droit. Une insomnie prolongée l'avait déjà privée de son embonpoint, lorsqu'elle vint me demander l'avulsion de celle de ses dents qui la faisait souffrir. L'examen attentif de la bouche me montre une dentition magnifique, nulle part la moindre apparence de carie. Je pratiquai une saignée ; j'employai successivement un vésicatoire au bras, les pilules de Morton, les fomentations avec de l'eau laudanisée. Mme Chanal, ennuyée de n'être soulagée par aucune de ces médications, se fit arracher une dent : ce qui ne changea rien à la douleur. Je lui ordonnai alors des frictions avec 5 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, en quatre paquets, devant être employés toutes les deux heures l'un. Le premier n'ayant amené aucun résultat, deux paquets furent mis en usage en même temps : aussitôt survinrent des symptômes de narcotisme, étourdissements, pesanteur de tête, mouvements convulsifs des membres, puis prostration ; ils disparurent en vingt-quatre heures. La névralgie était guérie.

Quelquefois, malgré l'avulsion de la dent cariée, point de départ de la douleur, celle-ci n'en persiste pas moins. Sauvages fit sans succès l'extraction de toutes les dents du côté gauche ; André et Duval ont vu des exemples du même fait : « L'avulsion des dents, dit le dernier auteur, en parlant de l'odontalgie, ne procure qu'un soulagement momentané ; de nouvelles douleurs se font bientôt sentir, tantôt aussi violentes, tantôt plus aiguës qu'auparavant, et presque toujours elles se renouvellent plus fréquemment; cependant on croit s'être trompé de dent, on en arrache encore une, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il n'en reste plus. » C'est ce qui serait vraisemblablement arrivé au sujet de l'observation suivante.

Obs. IV. — Marie Bonot, de Poncieux, femme d'un tempérament nerveux, s'était fait arracher trois dents, en cinq mois, dans l'espoir de voir disparaître une douleur névralgique très-forte occupant la mâchoire inférieure du côté droit. Les accès, qui étaient provoqués par l'impression du froid, de la chaleur, par la mastication, qui venaient aussi sans cause appréciable, avaient conservé la même fréquence, la même intensité. Elle

employa alors les frictions avec l'hydrochlorate de morphine : le premier jour, à la dose de 0,025 gramme en deux fois ; le second jour, à une dose moitié plus élevée. Cette médication fut suivie d'un succès complet.

Le retour périodique des accès odontalgiques n'est point une contre-indication aux frictions avec l'hydrochlorate de morphine. Ce sel m'a réussi, même dans les contrées marécageuses de la Dombes, employé contre des névralgies qui avaient été réfractaires à l'action du sulfate de quinine.

Obs. V. — Le 15 juillet 1840, je fus consulté par Marie Gauthier, de Villeneuve (Dombes), femme pâle et de faible constitution. Elle avait eu six accès quotidiens de douleur dentaire, lesquels avaient commencé régulièrement à sept heures du matin. Je lui ordonnai 15 pilules (contenant chacune 1 centigramme d'opium et 8 centigrammes de sulfate de quinine) à prendre en trois jours, de deux à trois heures de la nuit. Le 20, elle se présenta de nouveau chez moi : les accès de douleurs n'avaient subi aucun changement, soit par rapport à leur intensité, soit par rapport à l'heure de leur venue. Des frictions faites sur les gencives avec l'hydrochlorate de morphine (2 centigrammes), une heure avant le moment ordinaire du premier accès, diminuèrent l'acuité des souffrances. Cet accès fut le dernier. Les frictions avaient été continuées pendant trois jours.

La névralgie dentaire n'est pas toujours aussi simple que dans les cas précités ; il arrive parfois que l'irritabilité s'étend d'un rameau dentaire à la branche maxillaire, puis successivement à toutes les branches du trifacial, et même à d'autres nerfs. C'est un principe que M. Valleix vient de reconnaître (*Archives de Médecine*), après avoir nié (*Traité des Névralgies*) l'influence de l'état des dents sur la production de la névralgie trifaciale.

Obs. VI. — En 1836, j'avais été fatigué par la préparation de plusieurs examens, lorsque je ressentis, à la mâchoire droite, quelques douleurs dentaires que je calmai dans le commencement en tenant de l'eau froide sur les dents cariées. Légères pendant le premier mois, elles devinrent aiguës, déchirantes : elles se propagèrent à la tempe, à l'oreille, au front. Pendant les accès, qui étaient de plus en plus fréquents, l'œil droit pleurait, la narine droite était sèche, tandis que la moitié de la langue était engourdie ; tout le côté correspondant était comme contus ; le cou et l'épaule étaient douloureux, je ne pouvais les appuyer sur l'oreiller. C'est contre cette névralgie que j'employai, pour la première fois, l'hydrochlorate de morphine en frictions sur la gencive, après avoir constaté l'inutilité des narcotiques pris à

l'intérieur, d'un vésicatoire au bras, des pédiluves sinapisés, des pilules de Méglin : 3 centigrammes de la substance préconisée firent disparaître, comme par enchantement, des douleurs atroces qui étaient sur le point d'avoir les conséquences les plus fâcheuses pour ma santé générale. Dans la suite, toutes les fois que j'ai ressenti des douleurs dentaires, j'ai eu recours au même remède et toujours avec réussite. Quatre dents cariées, que j'avais à cette époque, sont tombées entièrement, sans que j'aie jamais souffert plus d'une heure.

Dès le moment qu'une modification morbide peut s'étendre d'un rameau nerveux à toutes les branches du nerf lui-même, il est naturel de penser qu'une modification thérapeutique puisse, suivant la même voie, s'étendre du rameau nerveux au tronc commun, et de là à toutes ses branches. J'en citerai encore un exemple.

Obs. VII. — Mlle Joséphine D..., de Bourg, jeune personne très-nerveuse, ayant plusieurs dents cariées, souffre d'une odontalgie depuis cinq semaines. La douleur, qui s'est montrée d'abord dans la mâchoire inférieure gauche, s'est propagée peu à peu à l'oreille, à la tempe, au cou, à l'œil. Pendant les paroxysmes, la sécrétion de la salive et des larmes est augmentée ; les fonctions de la vue et de l'ouïe sont pénibles; le sommeil est fréquemment interrompu, les digestions commencent à se troubler. Quatre frictions en deux jours, avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine, dissipent tous les symptômes morbides.

Une autre complication de l'odontalgie est la tuméfaction des joues ou l'inflammation des gencives. Lorsque, selon l'axiome judicieux de Sarcone : *la douleur est la mère de l'inflammation*, ces symptômes ne sont que des épiphénomènes produits par la douleur névralgique : ils ne contre-indiquent pas l'emploi des frictions sur la gencive avec l'hydrochlorate de morphine. Loin de là, les frictions en sont le remède le plus puissant.

Obs. VIII.—M. Viot, jeune peintre de mérite, éprouvait, depuis huit jours, des douleurs dentaires qui, chaque nuit, rendaient son sommeil impossible, et, le matin en se levant, il avait à la joue et à la gencive une tuméfaction qui disparaissait dans la journée. Du sirop diacode, des pédiluves sinapisés, une application de sangsues à la gencive, avaient été sans résultat. Le neuvième jour, la douleur n'ayant fait qu'augmenter, il se frictionna la gencive avec 0,013 gramme de sel de morphine ; la nuit fut tranquille, et le lendemain il se réveilla sans aucun reste de son affection première.

Obs. IX. Un docteur en médecine, qui avait un grand nombre de dents cariées, était sujet aux fluxions et au gonflement des gencives. Prenait-il froid, il ressentait des tiraillements, des élancements dans une de ses dents cariées ; puis la gencive se gonflait, la joue enflait, et le tout se terminait, au bout de sept jours, par un abcès. Maintenant, aussitôt que la douleur paraît, il se frictionne la gencive avec de l'hydrochlorate de morphine, et depuis qu'il prend ces précautions, il n'a plus eu de fluxion, si ce n'est une fois, qu'étant à la campagne, il fut au dépourvu de tout remède.

Sans doute la tuméfaction de la joue et l'inflammation des gencives ne sont pas toujours des accidents consécutifs de la douleur ; celle-ci, au contraire, n'est bien souvent que l'effet, soit de la tuméfaction de la joue, soit de l'inflammation de la gencive ou du nerf dentaire lui-même. La conduite du médecin doit être bien différente dans l'un ou l'autre cas : dans le dernier, celui où la douleur est un épiphénomène, les frictions avec l'hydrochlorate de morphine ne procurent qu'un soulagement nul ou incomplet, tandis que dans le premier leur puissance curative est incontestable. Le diagnostic différentiel de ces deux cas semble donc nécessaire ; malheureusement il est loin d'être facile. Que l'affection dentaire soit de nature purement névralgique ou de nature inflammatoire, elle ne présente aucun cachet particulier, caractéristique. Seulement, l'observation m'a démontré que les frictions avec l'hydrochlorate de morphine n'empêchent point le retour des douleurs dentaires, lorsque *le malade est robuste et sanguin*, lorsque, pendant les accès, la réaction vitale est exprimée par l'élévation et la plénitude du pouls, par la rougeur de la face, *par les étourdissements*, par l'accélération des battements des artères temporales. Ce médicament réussit lorsque les accés de douleur reviennent principalement la nuit, souvent à la même heure ; lorsque les phénomènes, au lieu de se concentrer sur un seul point de l'un des nerfs maxillaires, attestent que diverses divisions de la cinquième paire sont atteintes ; *mais elle réussissent surtout chez les personnes nerveuses, faibles, impressionnables, fatiguées par des maladies antérieures, ou sujettes aux névroses, aux névralgies.*

L'extraction des dents serait alors une opération incertaine, inutile, semblable, dans sa manière d'agir, à la résection du nerf que l'on a exécutée, souvent en vain, dans les autres névralgies : elle ne doit être employée qu'en dernier ressort. Jusqu'à ce jour, les dentistes ont eu le tort de regarder les dents comme des organes exceptionnels, d'avoir une tendance à l'usage

exclusif des moyens mécaniques, chirurgicaux. Puissent-ils à l'avenir, plus instruits sur les principes généraux de la médecine, avoir plus fréquemment recours à la thérapeutique médicale, dont l'hydrochlorate de morphine est l'un des médicaments les plus puissants !

Je pourrais multiplier les citations à l'appui de l'efficacité, dans l'odontalgie, des frictions faites sur la gencive avec le sel de morphine ; mais les observations que j'ai rapportées me paraissant plus que suffisantes, je terminerai cette note par quelques détails sur le mode selon lequel je fais opérer les frictions, sur la dose la plus convenable de l'hydrochlorate de morphine.

Le premier jour, préférablement le soir, trois heures au moins après le dernier repas, ou pendant les souffrances, le malade prend 0,013 gramme (un quart de grain) du médicament avec l'un de ses doigts préalablement mouillé ; il le promène pendant trois minutes sur la gencive douloureuse ; puis, penchant la tête du même côté, s'abstenant de cracher ou d'avaler sa salive, laquelle tient en solution la substance narcotique, il favorise ainsi le contact et, par suite, l'absorption pendant dix minutes au moins. Il avale ensuite sa salive.

Deux heures après, cette petite opération est renouvelée si elle n'a été suivie d'aucun soulagement, d'aucun symptôme de narcotisme.

Le lendemain, la névralgie a-t-elle reparu, toutefois avec amélioration, le malade agit comme la veille. N'y a-t-il aucune amélioration, aucun signe de narcotisme, il a recours à 0,037 gramme (deux tiers de grain) de morphine, pris en deux fois, à deux heures d'intervalle.

Lorsque la maladie résiste à cette seconde épreuve, mieux vaut tenter une autre médication que persister dans l'emploi du sel de morphine. Le malade doit aussi le discontinuer dès le moment qu'il sent sa tête lourde, qu'il a des étourdissements ou de la propension au sommeil ; car le tissu gencival possède une puissance si grande d'absorption, que j'ai vu 0,015 gramme d'hydrochlorate de morphine, en friction sur les gencives, amener les prodromes du narcotisme.

Obs. X. — Un frère de M. Clémenceau, chirurgien interne à l'hôpital de Bourg, jeune homme très-nerveux et âgé de 20 ans, se frictionne la gencive, pendant cinq minutes, avec 0,013 gramme d'hydroclorate du morphine, et n'avale point sa salive. Un quart d'heure s'était à peine écoulé, qu'il lui survient de la pesanteur de tête, des nausées, des vertiges ; sa vue se trouble, il tombe dans le délire.

Je me hâte de dire que ces accidents, que j'ai observés plusieurs fois, ne tardent pas à céder d'eux-mêmes si, ce qui est rendu facile par la promptitude de leur apparition, on a le soin de ne pas en renouveler la cause.

L'analogie de structure existant entre la muqueuse buccale et la muqueuse nasale m'a conduit à employer, dans les névralgies frontales et naso-frontales, l'hydrochlorate de morphine déposé à l'instar d'une prise de tabac sur la membrane qui tapisse l'intérieur du nez. Mes premières tentatives ne furent pas heureuses : pourtant ces insuccès pouvant tenir à des circonstances que je n'avais pas su apprécier, je ne me décourageai pas ; et maintenant, grâce probablement à l'emploi d'une dose plus élevée d'hydrochlorate de morphine, je puis citer plusieurs cas de réussite.

Obs. XI. — Le 15 du mois d'avril dernier, à 7 heures du matin, Mme Morel, femme grosse de cinq mois, demeurant à Bourg, faubourg de Brou, a ressenti tout à coup une douleur très-vive, déchirante, à la partie droite du front, en même temps qu'elle éprouvait aux tempes une sensation de serrement. Malgré une saignée, des fomentations avec l'eau sédative, du sirop de morphine à haute dose, des pédiluves sinapisés, 2 grammes de sulfate de quinine en quarante-huit heures, la douleur revient chaque jour, toujours plus forte, toujours à la même heure. Le 24, je conseillai à Mme Morel d'aspirer fortement avec la narine droite une prise d'hydrochlorate de morphine (0,025 gramme), une heure avant la venue de l'accès et après des fomentations d'eau de pavot faites dans les cavités nasales (moyen qui, isolé, n'avait procuré aucun soulagement). L'accès, qui apparut aussi intense, fut calmé par une seconde prise de morphine (0,025 gramme). Le lendemain, à six heures du matin, Mme Morel aspire encore par le nez une prise de 5 centigrammes, qui lui donna quelques vertiges ; mais la névralgie était détruite.

Obs. XII. — Depuis deux ans, la femme Lobat, de Bourg, éprouve fréquemment, surtout après l'époque menstruelle, une sensation de gêne, de titillement dans les sinus frontaux. Cette sensation, qui est peu douloureuse et a coutume de durer de dix à quinze jours, fait place, par moments, à des élancements, à des tiraillements qui, se prolongeant à l'angle de l'œil gauche, à la partie gauche du front, sur le dos et le côté gauche du nez, produisent parfois le larmoiement : des sangsues aux cuisses, des pédiluves sinapisés, un vésicatoire au bras, des fomentations locales de vapeur, ont paru n'avoir que peu d'influence sur la durée ou l'intensité de cette affection. Le 16 octobre, trois jours après la réapparition de la névralgie, et au moment d'un

paroxysme, la femme Lobat, s'étant nettoyé les cavités nasales par des fomentations d'eau tiède, aspire 5 centigrammes d'hydrochlorate de morphine. Elle est tranquille la nuit suivante. Le 17, retour des accès de douleur, recours à la même médication. Le 18 et le 19, les prises d'hydrochlorate de morphine sont continuées, malgré la disparition des souffrances, qui ne sont plus revenues.

Obs. XIII. — Depuis une semaine, tous les jours, à partir de la deuxième heure de l'après-midi, la femme Breschart, demeurant à Bourg, faubourg du Luro, ressentait une vive douleur qui, occupant le front et la tempe gauche, s'étendait à la joue et à la paroi nasale du même côté : tantôt c'était un sentiment de serrement, tantôt une sensation de brûlure *comme si du plomb fondu parcourait ces parties ;* si la malade baissait la tête, il lui semblait, selon une autre de ses expressions, qu'on lui plongeait un couteau dans la partie gauche et supérieure du crâne. La nuit était sans sommeil jusqu'à minuit, heure à laquelle ses douleurs disparaissaient entièrement. Le 22 mai, fort de mes observations antérieures, je lui conseillai, de prime abord, de diriger des fomentations émollientes dans les cavités nasales, puis de prendre chaque jour, à 1 heure, 5 centigrammes d'hydrochlorate de morphine en genre d'une prise de tabac. L'intensité du premier accès fut diminuée ; le second accès fut presque nul, et il n'y eut pas de troisième accès.

Rien de plus simple, de plus facile que l'administration de l'hydrochlorate de morphine en frictions sur la gencive, en prise dans le nez. Aussi, après avoir constaté la supériorité de cette méthode dans les névralgies maxillaires, frontales et mêmes trifaciales, comparativement au mode qui consiste à employer l'hydrochlorate de morphine appliqué sur la peau dénudée, inoculé avec une lancette ou en frictions, incorporé dans de l'axonge, ai-je de la peine à croire qu'elle n'ait jamais été mise en usage.

---

27. *Éducation d'une jeune fille sourde-muette, aveugle et sans odorat;* par A. Brierre de Boismont.

(Journal des Connaissances médicales, août 1845.)

A l'une des dernières séances de l'Académie des sciences morales et politiques, j'ai entendu avec un vif plaisir un mémoire de M. Dufau sur l'éducation d'une jeune fille sourde-muette, aveugle et sans odorat. Persuadé que ce travail intéressera tous ceux qui le liront, je vais essayer d'en donner une courte analyse.

La jeune fille qui fait le sujet du mémoire est née en Amérique. Elle montra jusqu'à deux ans des signes d'intelligence; mais à cette époque, par suite d'une inflammation aiguë, elle perdit la vue et l'ouïe. Deux ans après, on reconnut que le sens de l'odorat était également perdu, et que, par une conséquence naturelle, son goût était fort émoussé. Aussitôt que l'enfant put marcher, on la vit commencer à explorer minutieusement les localités et les corps environnants ; elle suivait sa mère, comme poussée par une sorte de sens intime. Par suite d'un penchant à l'imitation, elle fut portée à répéter ponctuellement elle-même chaque chose. Alors aussi ses facultés affectives se manifestèrent avec une puissance toujours croissante. Les moyens de communiquer avec elle étaient très-limités : ainsi, un petit coup à la tête signifiait l'approbation, et sur le dos la désapprobation. Elle commençait manifestement à faire usage d'un langage naturel qui lui était propre; elle avait un signe particulier pour exprimer l'idée qu'elle s'était faite de chacun des membres de sa famille. Quand elle eut atteint l'âge de sept ans, les inconvénients de sa déplorable situation se firent fortement sentir. On reconnut qu'il n'y avait rien que la volonté absolue d'autrui qui pût contrebalancer en elle les prédispositions fâcheuses dont le germe apparaissait. Déjà, en effet, elle commençait à dédaigner toute contrainte.

Ce fut alors que le docteur Howe, directeur de l'Institution des aveugles de Boston, entendit parler de la jeune Laura Brigman, et qu'il détermina les parents à la lui confier pour essayer sur elle un système d'éducation dont il avait conçu et élaboré le plan.

Pour la mettre à même d'entrer en communication avec ses semblables, M. Howe résolut de lui enseigner, par une série d'opérations graduées, notre propre langue, dont les signes peuvent être ingénieusement combinés pour l'ouïe, pour la vue et pour le toucher. Les premières expériences consistent à prendre certains objets d'un usage commun, tels qu'une fourchette, une cuillère (1), et à coller sur chacun de ces objets un petit écriteau portant son nom en caractères saillants. Elle palpa les noms avec beaucoup de soin , et apprit bientôt à distinguer les uns des autres ces assemblages de petites lignes diverses, comme elle distinguait les objets eux-mêmes. Alors d'autres écriteaux portant les mêmes noms, mais détachés des objets, lui furent présentés ; après les avoir bien palpés, elle reconnut parfaitement

(1) En anglais ces mots s'expriment par des monosyllabes.

qu'ils étaient semblables à ceux que portaient les objets, et prouva que cela était sensible pour elle en posant chacun des écriteaux ainsi séparés sur l'objet auquel il se rapportait. Jusque-là, il n'y avait de sa part qu'un acte d'imitation et de mémoire, et les autres facultés de l'intelligence n'entraient pas en jeu. Un certain intervalle s'étant écoulé, les écriteaux furent remplacés par de petits cartons portant chacun une lettre, et pouvant se rapprocher de manière à former un nom bien connu d'elle ; ils se trouvaient ainsi disposés comme pour l'épellation. Quand on fut sûr qu'elle connaissait le mot, on mêla les lettres, et la maîtresse qui lui faisait faire ses exercices, plaçant ses mains sous les siennes, recomposa le mot avec les éléments constitutifs, et finalement lui fit exécuter à elle-même cette opération, qui fut décisive. En effet, elle eut comme une sorte de révélation confuse de l'usage qu'elle allait faire de ce procédé pour représenter l'idée qu'elle avait de chaque chose dans l'esprit. En cet instant, dit le docteur Howe, elle cessa d'être un animal bien instruit ; toute se contenance devint véritablement humaine, et l'expression de ses traits s'illumina de l'esprit immortel qui s'éveillait en elle, et lui indiquait un nouveau moyen d'union avec les autres intelligences.

Quand la jeune Laura fut suffisamment habile à cet exercice, on lui donna une série de caractères en métal, dont l'extrémité supérieure portait en saillie chaque lettre de l'alphabet, et qui étaient disposés de manière à pouvoir se ranger dans une planche percée de trous carrés. Alors, un objet connu lui étant présenté, elle en composait elle-même le nom sur la planche, ou bien on le composait pour elle. Pour rendre plus promptes ces acquisitions nouvelles, on lui enseigna à représenter, par la position des doigts, les différentes lettres, et à remplacer ainsi l'opération longue et fastidieuse de la planche. La connaissance du langage des sourds-muets avait visiblement amélioré sa position ; il lui servait à communiquer avec ses jeunes compagnes. Du reste, dans le cours de cette instruction, elle montrait l'insouciance et la gaieté de l'enfance, et souvent même elle se faisait remarquer par les plus bruyants éclats. Seule, elle paraissait satisfaite si elle avait en main quelque travail. Lorsqu'elle était sans occupation, elle s'amusait visiblement à des dialogues imaginaires, ou bien épelait avec ses doigts des noms d'objets récemment appris. Il y avait dix-huit mois que Laura s'était séparée de sa mère ; celle-ci éprouva un ardent désir de la revoir. L'entrevue n'eut d'abord aucun résultat ; Laura même la repoussa. L'angoisse de la mère était alors pénible à voir. Un objet que l'enfant

explora, parut exciter en elle un mouvement de surprise et d'intérêt. En ce moment de triste suspension, une idée vague semble traverser son esprit; elle tâte de nouveau les mains de sa mère avec une sorte d'ardeur, sa physionomie porte les traces d'une forte préoccupation. Alors sa mère, l'attirant à elle, la presse contre son cœur et l'embrasse avec tendresse. Enfin la vérité lui apparut : plus d'incertitude. Elle a reconnu celle qui lui a donné le jour, et reste dans ses bras, sur son sein, en la comblant à son tour des plus vives caresses.

Il y avait vingt-huit mois que son instruction était commencée; jusque-là on s'était borné à lui apprendre les objets : on lui enseigna alors à désigner, par des termes particuliers, les qualités qu'elle pouvait y apercevoir. Pour lui faire connaître les termes exprimant l'idée du rapport, il fallut une série de procédés patients, qui réussirent très-bien. Par exemple, un anneau fut placé dans une boîte; les mots ayant été épelés, elle les répéta. Alors l'anneau fut placé sur un chapeau; elle se trompa d'abord, puis resta un moment pensive et rectifia sa réponse. La même expérience fut répétée jusqu'à ce qu'elle reproduisît avec exactitude les noms des objets mis en relation avec l'anneau par la particule *sur*. Alors l'anneau fut placé *dans* la boîte. Cela l'embarrassa beaucoup pendant quelques instants; mais enfin elle parvint à en avoir une notion distincte. Elle acquit avec assez de facilité l'usage des verbes actifs, surtout de ceux qui expriment une action appréciable par le toucher, tels que *marcher*, *courir*, *secouer*, etc. Dans le principe, toutefois, elle ne put faire aucune distinction de temps ou de mode. Elle construisait toujours, non selon l'ordre logique, mais selon l'ordre naturel des idées. Ainsi elle disait : *pain donner Laura*, *eau boire Laura*.

Après qu'on lui eut successivement donné une connaissance suffisante des diverses parties du discours, on pensa qu'il était temps de lui apprendre à écrire. Elle apporta à cet exercice, comme à tous les autres, une docilité et une persévérance remarquables, passant et repassant le stylet dans la planche où se trouvaient gravées les lettres, jusqu'à ce qu'elle eût appris à les former. A force de zèle, elle parvint à écrire une lettre lisible à sa mère, dans laquelle elle faisait entendre qu'elle se portait bien, et comptait aller la voir dans quelque temps. C'était, à la vérité, un langage rude et imparfait, mais qui n'en exprimait pas moins avec énergie ce qui se passait dans son esprit. On aborda alors l'arithmétique jusqu'à la soustraction. Elle apprit à compter jusqu'à cent. Si elle voulait faire entendre qu'une personne serait fort longtemps absente, elle disait : Elle viendra après cent

dimanches. Du reste, elle mesurait le temps avec assez de précision. Placée à un piano, elle frappait correctement les notes d'une phrase musicale où des croches formaient tantôt le second, tantôt le troisième temps de la mesure; fait important auquel donneront une grande attention les personnes qui pensent que le sentiment du rhythme est une faculté fondamentale et innée chez l'homme.

Le sens du toucher a reçu chez cette enfant des perfectionnements continus et bien remarquables. Elle parut percevoir les différentes ondulations de l'air et la vibration produite dans un appartement par la simple marche d'une personne. Le plus léger attouchement lui suffit parfois pour apprécier le mode d'existence d'une chose, et l'on peut affirmer qu'il y a plus de cinquante personnes qui, rangées autour d'elle, en seraient immédiatement reconnues, en lui tendant seulement la main. Elle a reconnu, après un assez long espace de temps, des personnes qu'elle n'avait ainsi touchées qu'une seule fois.

Elle se sert du langage des sourds-muets avec une extrême dextérité; elle n'est pas moins habile à saisir la pensée des autres en suivant les mouvements de leurs propres mains. C'est ainsi qu'on la voit causer longtemps avec sa compagne aveugle; et rien assurément n'atteste mieux la puissance de l'esprit sur la matière, que de tels entretiens, où l'un des interlocuteurs est plongé dans les ténèbres, et l'autre ne peut ouïr le moindre son. Grâce à l'usage de plus en plus facile du langage alphabétique, elle a pu arriver au discernement complet des diverses parties du discours. Son journal indique la marche de son instruction. On y lit d'abord des phrases telles que celles-ci : *Laura a été voir mère, cheval marche vite.* Puis, quelques mois plus tard : *Qu'est-ce que la voix?* L'explication donnée par M. Howe, elle a écrit : *Je ne fais pas de voix.* Pouvez-vous parler avec la bouche? *Non.* Pourquoi? *Parce que je suis sourde-muette.* Pouvez-vous voir? *Non.* Pourquoi? *Parce que je suis aveugle; je ne parlais pas avec mes doigts lorsque je suis venue avec ma mère.* On voit ici la distinction nette de l'article et du pronom, et même des diverses sortes de pronoms. On eut plus de peine à lui faire saisir le degré de signification dans les adjectifs, parce qu'elle les considérait comme des propriétés inhérentes aux substances et faisant corps avec elles.

Comme on le voit, ses diverses acquisitions, quant au langage, ont suivi une marche tout à fait conforme à celle qu'on eût pu déduire *a priori* des considérations philosophiques, à celle qu'on a présumé devoir être suivie par une tribu sauvage pour former

graduellement l'idiome dont elle se sert. L'habile institutenr a pu successivement aborder les idées morales et triompher également des obstacles qu'il devait rencontrer à cet égard. Animée du désir de savoir, elle disait parfois : *L'homme a fait les maisons, les vaisseaux; mais qui a fait la terre et la mer?* Après avoir étudié quelque temps la réponse, on en vint à la notion du Créateur et souverain maître de toutes choses, qui s'empara fortement de son esprit, de même que celle du dogme consolant d'une vie future.

Laura est, du reste, dans toutes ses habitudes extérieures, d'une exactitude remarquable, possédant à un haut degré le sentiment des convenances. Jamais ses vêtements ne sont en désordre. Si on lui fait remarquer une trace de malpropreté ou de déchirure, elle semble agitée d'un mouvement de honte et s'empresse d'y remédier. Un fait frappant, c'est la différence de ses manières avec un étranger, suivant qu'il appartient à l'un ou à l'autre sexe. Se trouve-t-elle avec quelque dame du dehors, elle passe promptement à la familiarité, examinant avec liberté ses vêtements, ou recevant volontiers ses caresses. Mais sa conduite est bien différente lorsqu'il s'agit d'une personne du sexe masculin. Elle reste alors froide et contrainte, et repousse même ces libertés innocentes qu'on se permet avec une très-jeune fille. Ce fait sera diversement expliqué, suivant la théorie que chacun s'est formée sur l'origine des sentiments de la pudeur. On peut cependant dire que l'observation que présente cette enfant de la nature, dont rien n'a altéré les propensions natives, vient singulièrement à l'encontre de ceux qui ne voient là qu'une convention.

Laura semble aussi porter à un très-haut degré le sentiment d'équité naturelle; elle respecte les droits des autres, et tient beaucoup à ce qu'on respecte les siens. Il y a peu d'exemples qu'elle ait cherché à s'emparer de quelque chose qui ne lui appartenait pas, bien qu'elle semble très-sensible au plaisir de posséder. Dans deux circonstances seulement, elle a été prise en faute de mensonge. On a grand soin d'éviter, il est vrai, quand on la trouve répréhensible, de la porter, par la crainte d'un châtiment sévère, à la duplicité pour l'éviter. Le repentir qu'elle éprouve à la suite d'un reproche mérité va souvent jusqu'aux larmes; loin de dissimuler sa faute, elle la communique au contraire sur-le-champ à ses jeunes compagnes. On l'a souvent vue partager quelque chose qui lui avait été donné avec l'une d'entre elles, malade ou affligée, bien que ce ne fût pas de celles qu'elle aimait particulièrement. Elle éprouve du plaisir à soigner celles qui souffrent, et y apporte l'attention la plus complaisante; mais

on a pu remarquer qu'elle serait promptement jalouse des caresses qui seraient accordées, même à celles qu'elle aime le mieux, si elle n'y était pas comprise pour une part au moins égale.

Tel est, dit M. Dufau, l'être physique, moral et intellectuel de la jeune Laura Brigman. Quel admirable spectacle, et aussi quel immense argument en faveur de l'existence du principe immatériel! Voilà, en effet, un être chez lequel l'entendement s'est développé absolument d'après le même mode que chez les individus pourvus de tous leurs sens, et qui possède complets tous les éléments de la raison humaine, bien qu'il soit privé de *trois ordres entiers de sensations*. Or, comment cela se pourrait-il si l'intelligence n'était qu'un simple produit des acquisitions des sens? Comment l'instrument serait-il devenu identique, quand les agents qui servent à le former sont si divers? N'est-on pas invinciblement amené, en méditant un fait pareil, à établir une distinction profonde entre le principe pensant et la substance sur laquelle il s'exerce et qui lui est fournie par les sens; à reconnaître cette grande dualité de l'être humain, l'âme et le corps, avouée par la conscience du siècle, et vainement combattue çà et là par le scepticisme au profit de la dépravation publique!

Ce travail, lu en présence des savants si recommandables de l'Académie des sciences morales et politiques, a été écouté avec une attention soutenue, et a valu à M. Dufau les éloges de la docte assemblée.

---

28. *Observation remarquable de chorée partielle des membres inférieurs (danse de Saint-Weith, de Saint-Guy, choréomonie, orchestromanie, dansomanie) chez un jeune homme de 22 ans, maladie qui fut réfractaire à toutes les médications et qui nécessita la mise en réforme du militaire qui en était atteint.*

(Gazette médicale de Paris, N° 34.)

Obs. — Le 5 du mois d'avril 1844, le nommé Pessar (Jean-Baptiste), fusilier au 19e régiment de ligne, en garnison à Lyon, éprouva presque tout à coup, et sans cause connue de lui, une douleur assez vive à la région temporo-maxillaire gauche pour qu'il dût se faire porter malade au bout de quelques jours; elle prit un caractère intermittent, gagna l'œil et les paupières du même côté, et Pessar, porteur d'un billet d'hôpital intitulé : *Névralgie faciale*, fut placé, dans l'après-midi du 11 du même mois, au n° 47 de la salle 14, qui faisait partie de ma division.

A ma courte visite, qui eut lieu à deux heures et demie, je le

trouvai couché et dans un état parfait de calme et de bien-être ; les traits étaient naturels, les battements de l'artère brachiale réguliers, la langue normale ; mais le malade commençait à accuser un sentiment de pesanteur dans tout le côté gauche de la face. C'était pour lui l'indice le plus certain du retour des spasmes douloureux qui caractérisaient l'accès : C'est l'heure à laquelle je l'ai eu hier, avant-hier et les jours précédents, me dit-il ; et, circonstance curieuse, il ne se trompa pas dans sa prévision : il vint en effet, et sa durée totale fut, comme la veille et l'avant-veille, d'une heure quarante minutes. Témoin oculaire de tous les phénomènes qui le caractérisent, je constatai un rapetissement notable et progressif de toute la moitié gauche du visage où les muscles finirent par se contracturer. Le globe de l'œil resta en partie caché sous les replis des paupières pendant toute la durée des douleurs, qui acquirent un haut degré d'intensité ; il n'y eut ni rougeur, ni chaleur, ni tension, ni gonflement de la partie, et après la détente, qui ne commença qu'après soixante-cinq minutes, le malade secoua la tête en sens inverse : les muscles de la joue se relâchèrent, et sauf un peu d'abattement et de fatigue générale, tout était rentré dans l'ordre physiologique à quatre heures, une heure et demie, par conséquent, après l'apparition des premiers symptômes.

Jusqu'alors rien n'avait été fait pour combattre cette névralgie qui, comme on vient de le voir, était fréquemment intermittente, puisqu'elle était revenue à peu près à heure fixe et dans le même espace de temps que précédemment. Je ne pouvais pas davantage prévenir l'accès dont je fus témoin, et cela parce qu'il vint quelques minutes après que j'eus vu le malade pour la première fois ; mais je me mis en garde contre le suivant, et, à cet effet, je prescrivis le sulfate de quinine associé à l'extrait gommeux d'opium, à la dose d'un gramme, persuadé, à l'instar de M. le professeur Trousseau, que les doses de ce puissant fébrifuge ne devaient pas être les mêmes dans ce cas que celles qu'on emploie ordinairement dans une fièvre simple, et qu'il fallait les doubler, les tripler même, pour que son influence se fît sentir sur les névralgies intenses, sur celle surtout qui fait le sujet de ce qui précède.

Je prescrivis donc 1 gramme de l'alcaloïde en question et 5 centigrammes d'extrait thébaïque dans une potion gommée, avec la recommandation expresse de la faire prendre au malade par cuillère à bouche dans le courant de la matinée ; j'ajoutai à ce moyen des frictions sur la région affectée avec une pommade dont l'acétate de morphine fait la base, de l'infusion de fleurs de tilleul pour boisson, et j'attendis le retour de l'heure de l'accès.

Il n'eut pas lieu ; mais, chose remarquable, et peut-être unique dans l'espèce sous le rapport de l'étiologie surtout, à partir d'une heure de l'après-midi, les muscles des deux mollets et eux seuls se contractèrent irrégulièrement et d'une manière continue ; les mouvements en étaient désordonnés et vermiculaires ; ils étaient égaux dans les deux membres, n'étaient pas sous l'empire de la volonté ; et lorsque je fis marcher le malade, la progression avait quelque chose de sautillant et de saccadé qui faisait rebondir tout le corps et qui affligeait l'œil d'une manière pénible.

Toutefois, les membres ne se pliaient pas sur eux-mêmes, ils ne décrivaient pas de courbe sensible, lorsque Pessar marchait, et il avançait alors avec assurance et sans courir, ce qui est l'inverse de ce qu'on a observé dans des cas analogues ; mais ils étaient sous la puissance de mouvements dont le désordre et la continuité n'étaient interrompus par aucune position, par aucun lien, et, circonstance curieuse, le malade ne paraissait nullement fatigué de cette perpétuité de contractions.

Ces mouvements singuliers et irrésistibles étaient du reste, comme je l'ai déjà dit, limités aux muscles des deux jambes ; les autres régions du corps étaient dans le calme le plus complet, et l'intelligence parfaitement intacte. Ainsi Pessar se servait aisément et librement de ses bras et de ses mains, il ne balbutiait ni ne bégayait, et ses lèvres ne grimaçaient pas davantage ; le pouls, que je consultai à diverses reprises, ne présentait aucun trouble, soit dans son rhythme, soit dans la force de ses battements ; il n'y avait ni palpitations, ni cardialgie, et les autres fonctions s'accomplissaient avec une régularité parfaite ; mais, après quelques jours d'observation, je constatai un léger affaiblissement de la mémoire. Le sommeil n'en fut au reste ni avancé, ni reculé, et il n'interrompait en aucune manière la marche de la maladie ; seulement, les mouvements semblèrent se concentrer dans un plus petit espace ; ils devinrent plus précipités et plus animés ; on eût dit un amas d'infiniment petits vers, une verminière, dont l'œil ne pourrait analyser les mouvements multipliés et désordonnés.

L'invasion de la variété de chorée partielle dont je viens d'esquisser rapidement la symptomatologie fut subite, sans prodromes, et c'est en vain que j'interrogeai la constitution et les habitudes du malade pour en saisir la cause déterminante. A l'exception d'une diarrhée assez opiniâtre et de la rougeole qu'il eut à l'âge de 14 ans, il avait toujours joui d'une bonne santé, et c'était la première fois qu'il se voyait « affligé » (c'était son

expression) de l'agitation désordonnée des muscles des deux jambes.

Il était âgé de 22 ans, soldat depuis dis-sept mois, d'un tempérament mixte et d'une constitution plutôt forte et sèche que faible et pauvre. Il exerçait, avant son entrée au service bien entendu, la profession de laboureur, et sa famille, saine et robuste, adonnée aux travaux des champs depuis un temps immémorial, n'avait jamais eu, à sa connaissance du moins, de maladie nerveuse ou toute autre qui pouvait mettre sur la voie de l'origine de celle dont il était atteint. Partant, les accidents morbides sous l'influence desquels était Pessar ne pouvaient pas reconnaître pour cause efficiente l'hérédité ; il avait toujours mené une conduite régulière, n'avait jamais contracté de maladie vénérienne, ne s'était livré à la masturbation qu'à de très-rares intervalles, et l'ivrognerie « était un péché », disait-il, qu'il avait en horreur, et dont il n'avait goûté les charmes « que deux petites fois. » Ce n'était donc pas dans une médication antisyphilitique, dans l'abus des plaisirs vénériens et dans l'onanisme que nous eussions trouvé la cause de la maladie ; c'est en vain que nous la chercherions encore dans sa susceptibilité nerveuse, puisqu'il offrait plutôt les attributs d'un tempérament sanguin que ceux dans lesquels le genre nerveux prédomine ; et parce qu'en outre il était brun, circonstance qui doit être mise en ligne de compte, attendu que les choréiques observés jusqu'à ce jour ont été pour la plupart faibles et délicats, à peau blanche et fine, et conséquemment blonds.

La peur est une des causes les plus fréquentes de la chorée, a-t-on écrit dans tous les livres qui traitent ce point de pathogénie. Cette proposition, vraie dans la très-grande majorité des cas, ne saurait l'être dans celui qui m'occupe. Pessar, loin d'être timoré et craintif, avait un caractère déterminé ; il était vif, paraissait peu accessible à la colère, et par sa position il avait toujours été à l'abri des fortes secousses morales, de celles surtout qui ébranlent le système nerveux et qui portent une atteinte profonde dans l'organisme. L'apparition, en quelque sorte intempestive, des phénomènes morbides ne pouvait pas remonter davantage à l'épilepsie et à la catalepsie, maladies qu'il ne connaissait même pas de nom ; aux fièvres éruptives qu'il n'avait jamais eues ; aux chutes, parce qu'il n'en avait jamais fait aucune ; à l'imitation, parce qu'il n'avait jamais vu de choréique, et parce qu'il n'avait aucun intérêt à simuler cette maladie, étant engagé volontaire ; à l'apoplexie, à la léthargie et à l'éclampsie, affections qui lui étaient totalement étrangères ; et enfin aux tra-

vaux intellectuels, parce qu'il était laboureur de profession et parce qu'il savait à peine lire et écrire. Maintenant, ferons-nous intervenir la névralgie faciale qui, seule, fit entrer le malade dans mon service, et est-il rationnel d'admettre que sa brusque disparition y ait donné naissance? C'est ce que je n'oserais me permettre de faire et ce qui, du reste, ne me paraît pas explicable; toutefois je laisse à d'autres le soin de résoudre ce point obscur d'étiologie, et puisqu'il n'est personne, du moins que je sache, qui y ait dirigé son investigation, puisque les intelligences les plus supérieures n'ont pu encore pénétrer cet abîme dans lequel les actions déterminantes de bien des phénomènes pathologiques n'apparaissent que comme un point insaisissable, sans forme déterminée et sans étendue, puisque tout y est obscur, incertain, sujet à controverse, et aussi inconnu que l'est le siége circonscrit d'une maladie dans la grande classe des maladies nerveuses, je me bornerai au simple rôle d'historien, le seul auquel j'ai visé en relatant les faits et les circonstances qui précèdent.

Poursuivant, en conséquence, mon observation, je vais faire connaître la série des agents pharmaceutiques et chirurgicaux avec le secours desquels je combattis la maladie.

En présence d'une symptomatologie aussi caractéristique, il n'y avait pas à hésiter, à balancer sur le choix des moyens auxquels il convenait de recourir; je prescrivis une saignée du bras de 250 grammes, de l'infusion de valériane pour boisson, deux pilules de Mérat, et je fis appliquer un bandage roulé et légèrement compressif sur toute l'étendue des membres inférieurs. Au bout de cinq jours, j'ajoutai à cette médication des frictions avec la pommade stibiée sur toute l'étendue du rachis; le dixième, je fis appliquer 12 ventouses scarifiées sur les régions lombaire et sacrée. Je continuai, *ut suprà*, les pilules de Mérat, la valériane et les frictions stibiées; mais ce fut en vain, car, malgré ces moyens thérapeutiques, l'état du malade resta le même. Je recourus alors à des pilules préparées chacune avec un dixième de grain de strychnine et un grain de conserve de roses. Les 2, 3, 4, 5, 6 et 7 mai, le malade en prit chaque jour deux: une le matin et une le soir; il faisait usage en même temps d'infusions de valériane et de feuilles d'oranger, et j'insistai sur le bandage, ainsi que sur les frictions. Je continuai cette médication jusqu'au 14, époque à laquelle il y eut exacerbation de la maladie, et j'abandonnai l'usage de la strychnine qui n'avait produit aucun effet appréciable pendant les quatorze jours qui suivirent son emploi, persuadé que ce moyen n'était pas convenable et que je ne devais fonder aucun espoir sur son succès. C'eût été peut-

être le cas de recourir à l'électricité, qui réussit quatre fois sur cinq au docteur Goldin-Birg en Angleterre; j'y songeai plusieurs fois, mais je n'avais pas de machine électrique à ma disposition. A dater de ce jour, j'employai alternativement, et avec aussi peu de succès, les purgatifs huileux et salins, et les préparations ferrugineuses: j'ajouterai que les émissions sanguines locales, auxquelles je revins, n'amenèrent aucune amélioration dans l'état de mon choréique; qu'il en fut de même des vésicatoires promenés le long de l'épine dorsale, dont MM. Prichard et Richerand vantent les heureux effets; que la pommade stibiée, préconisée par MM. Stambio en Italie et Byrne en Amérique, n'eut pas un meilleur résultat; qu'il en fut de même des immersions du corps dans l'eau à la température ambiante, tant recommandées à l'attention des praticiens, ainsi que des bains sulfureux que conseille Baudelocque, qui me parurent augmenter notablement l'intensité des mouvements choréiques. La maladie resta donc stationnaire et fut réfractaire à toutes les médications.

Le 12 juillet, trois mois après l'invasion des premiers symptômes, l'agitation désordonnée, vermiculaire des muscles soléaires, était conséquemment encore dans toute sa force. Pessar, que le régime sévère auquel il avait été soumis avait notablement amaigri, était devenu triste, inquiet et irascible; les jambes s'étaient sensiblement amaigries et avaient perdu leur consistance : il y avait dépérissement général, coïncidant cette fois avec une altération manifeste de l'intelligence. Déclaré, par certificat, hors d'état de faire jamais un service actif dans l'armée, il fut réformé à l'inspection générale du 14 juillet 1844, et il quitta l'établissemement à la fin du mois pour se rendre dans sa famille.

---

29. *Sur l'efficacité des frictions mercurielles dans le traitement de la variole;* par M. le docteur Goblin.

(Revue médicale, juin 1845.)

Jusqu'à ce jour, on n'avait employé, en fait de préparation mercurielle, pour prévenir ou arrêter le développement des pustules varioliques, que l'emplâtre de Vigo *cum mercurio;* on sait que MM. Serres, Nonat, Pétrequin et autres ont reconnu qu'il n'était pas de moyen dont l'efficacité fût plus réelle. D'après M. Stains, l'onguent mercuriel aurait encore plus d'avantages : il est d'abord plus facile à employer, et c'est déjà quelque chose, car l'application d'un masque d'emplâtre est toujours fort difficile,

comme nous nous en sommes assuré souvent ; en outre, il exerce sur le développement des pustules une action abortive bien plus prononcée.

C'est en 1832 que M. Goblin eut pour la première fois l'idée d'employer cette médication. « Je commençai, dit-il, par frictionner seulement les paupières, les narines, les angles des lèvres et des oreilles. Peu de temps après les frictions sur ces parties, je vis les boutons plus ou moins avancés vers la suppuration , et même remplis de pus, s'arrêter dans leur marche, se dessécher, et tomber par desquammation. Cette action était si prompte, que chez les sujets où la variole devenait confluente, les paupières ne participant plus au gonflement phlegmoneux et érysipélateux de la peau, les yeux ouverts paraissaient excavés sur la face boursoufflée et distendue.

« Encouragé par ces premiers succès, aucun accident étranger à la variole ne s'étant manifesté, j'opérai sur une plus grande échelle, et j'ordonnai des frictions sur la face, les oreilles, la partie supérieure du cou. Le résultat répondant à mes premières expériences, je continuai d'opérer ainsi jusqu'à ce jour. »

Ces frictions sont faites, aussitôt que les pustules sont développées, sur toute la figure quand la variole est confluente, et seulement sur les boutons les plus saillants et les plus douloureux lorsqu'elle est discrète. La quantité d'onguent est proportionnée à celle des boutons. Les frictions sont répétées deux ou trois fois par jour, et continuées pendant huit à neuf, jusqu'à dessiccation complète des pustules.

D'après M. Goblin, l'action du mercure sur la pustule variolique est entièrement locale. Voici, en effet, ce qu'on observe pendant cette médication. Les boutons les plus apparents se flétrissent et se dessèchent dans un délai très-court, et ceux que l'on sent pointiller, et comme s'agglomérer sous la peau, sont arrêtés dans leur progression. Si ces boutons commencent à confluer, ils se rétrécissent ; le gonflement érysipélateux cesse, et cela dans l'espace de vingt-quatre heures. Peu à peu le pus qu'ils renferment devient opaque, se dessèche sous forme pulvérulente ; une croûte mince et noirâtre se forme aux dépens de l'épiderme, et le tout disparaît par desquammation, sans apparence de salivation.

M. le docteur Fauconneau-Dufresne, médecin des épidémies, envoyé par M. le préfet de la Seine pour observer la variole épidémique de Stains, a reconnu les effets incontestables obtenus par M. Goblin, à l'aide de l'onguent mercuriel dans le traitement des varioles confluentes. « J'ai, en effet, constaté, dit M. Fau-

conneau-Dufresne, avec quelle promptitude les frictions mercurielles font avorter les pustules. »

Voici, du reste, une observation qui prouve que ce n'est pas seulement entre les mains de M. Goblin que cette médication a réussi.

Le 30 janvier dernier, M. le docteur Louvel fut appelé à Saint-Denis auprès d'une jeune fille de 18 ans, qui offrait tous les symptômes précurseurs d'une fièvre éruptive. Le lendemain, il reconnut une petite-vérole qui s'annonçait comme devant être des plus confluentes. Plusieurs boutons se groupaient déjà à l'union de la narine droite avec la lèvre supérieure; la fièvre et l'anxiété étaient toujours très-fortes; la céphalalgie surtout avait augmenté d'intensité.

« Je me souvins alors, dit M. Louvel, du moyen employé par M. Goblin en pareille circonstance, et dont il m'avait fait voir les heureux résultats. Je fis donc faire matin et soir des frictions sur tout le visage et les mains avec 4 grammes d'onguent napolitain. Le lendemain, la céphalalgie avait considérablement diminué, et tous les autres symptômes généraux semblaient avoir cédé. Les boutons, déjà fort saillants au moment où la première application du mercure avait été faite, étaient affaissés et flétris. D'autres boutons étaient survenus; mais ils n'avaient pas le même caractère de vitalité maladive, et paraissaient étiolés.

« A partir du troisième jour, la maladie était devenue aussi simple qu'une variole discrète; les symptômes généraux avaient entièrement cédé : je fis néanmoins continuer les frictions mercurielles à 8 grammes d'abord, puis à 6, et enfin à 4 grammes par jour.

« Lorsque, au bout de huit jours, je fis cesser cette médication, je n'avais pas eu le moindre symptôme de ptyalisme; tous les boutons étaient secs.

« Le 3 février, la desquammation était presque complète, les boutons étaient tombés par grandes plaques; l'estomac, le ventre et la tête étaient parfaitement libres. Je commençai à nourrir la malade, qui se leva le 17 du même mois, et le 20 je cessai mes visites.

« Depuis la demande qui m'a été faite de cette observation, j'ai voulu revoir cette jeune fille, et j'ai été étonné du résultat obtenu par ce traitement. Il serait impossible à l'œil le plus exercé de trouver sur son visage la moindre trace de petite-vérole; et cependant, le second jour de l'éruption, elle paraissait excessivement confluente, tous les boutons étant réunis par leur base. »

30. *Sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente;* par M. le docteur DEPAUL.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, juin 1845.)

L'état de mort apparente peut être, chez les nouveau-nés, le résultat de conditions diverses : tantôt c'est une véritable anémie caractérisée par la pâleur générale de la peau, la décoloration de la muqueuse buccale, la flaccidité de tous les membres, la faiblesse et la lenteur des pulsations du cordon, etc., et qui reconnaît pour causes habituelles les naissances hâtives, la faiblesse congénitale, les obstacles à l'introduction de l'air dans les poumons, les pertes sanguines, etc. ; tantôt, au contraire, c'est une apoplexie réelle dont nous connaissons tous et les caractères et les causes. Ces deux états, comme chacun le sait, fournissent des indications spéciales et réclament l'emploi de moyens différents : c'est ainsi qu'on oppose avec succès au premier la prompte ligature du cordon, la stimulation de la peau par des bains excitants ou des frictions, la titillation de la luette ou des narines ; tandis que le second exige des moyens différents : par exemple, l'écoulement d'une certaine quantité de sang à l'aide de la section plusieurs fois répétée du cordon. Quel que soit celui de ces deux états auxquels on ait affaire, l'emploi de ces moyens ne doit jamais être continué au delà de huit à dix minutes : ce serait, en effet, perdre un temps précieux que d'insister plus longtemps sur leur mise en pratique. Si l'état de mort apparente persiste, c'est à des moyens plus efficaces, et notamment à l'insufflation pulmonaire qu'il faut avoir recours.

On a fait de graves reproches à l'insufflation pulmonaire, et qui n'ont pas peu contribué sans doute à produire le discrédit dans lequel elle est aujourd'hui tombée. On l'a accusée, par exemple, de déterminer l'emphysème, la déchirure du tissu pulmonaire et l'expansion de l'air dans la cavité de la plèvre, de manière à repousser le poumon vers la partie supérieure de la poitrine et à s'opposer ainsi à l'accomplissement de la respiration. M. Leroy (d'Étioles), dans un travail lu à l'Académie des sciences, en 1829, a surtout fait ressortir ces dangers de l'insufflation, dangers qu'il a démontrés par des expériences directes sur des lapins, des renards, des chèvres, des moutons, etc. Quoique, dans ses conclusions, M. Leroy convienne que ces accidents n'arrivent qu'après des insufflations forcées, il n'en résulte pas moins de la lecture de son travail, comme impression finale, que l'insufflation, d'une manière générale, est un moyen

dangereux, et dont les praticiens se sont effrayés. C'est ainsi que M. Piedagnel, dans son mémoire sur l'emphysème du poumon, partage toutes les craintes de M. Leroy, à l'égard de l'insufflation pulmonaire. Il résulte clairement des recherches nouvelles que vient de faire M. Depaul, qu'on s'est trop exclusivement fondé sur des expériences faites sur des animaux pour exclure l'insufflation de ses applications à l'homme.

M. Depaul a examiné plusieurs fois les poumons d'enfants qui avaient subi l'insufflation pulmonaire ; et, dans aucun cas, malgré l'examen le plus minutieux, il n'a pu rien découvrir qui dépendît d'une rupture et qui ressemblât à un emphysème sous-pleural ou inter-vésiculaire. Il ne s'en est pas tenu là. Pour rendre ses recherches plus utiles et plus concluantes, M. Depaul a cru devoir se livrer sur des cadavres d'enfants à des expériences ayant pour but de faire apprécier l'influence de l'insufflation sur le tissu pulmonaire : il a pris, d'une part, des poumons d'enfants mort-nés ; d'autre part, des poumons d'enfants qui avaient vécu de trois à huit jours, mais chez lesquels on n'avait pratiqué aucune insufflation au moment de la naissance : il les à insufflés ; ces insufflations ont duré de vingt minutes à trois quarts d'heure, avec une force bien supérieure à celle qui conviendrait s'il s'agissait d'un enfant à ramener à la vie, et à celle qui est nécessaire pour dilater toutes les vésicules pulmonaires. « A l'ouverture des cadavres faite avec soin , je n'ai cependant trouvé, dit M. Depaul, ni épanchement d'air dans la cavité des plèvres, ni soulèvement du feuillet viscéral de ces membranes. Dans aucun cas, je n'ai eu à noter la plus petite déchirure du tissu pulmonaire, qui s'est montré élastique et résistant, et qui revenait sur lui-même avec force, après chaque distension artificielle. J'ai opéré plusieurs fois, les poumons étant maintenus sous l'eau, et aucune bulle d'air n'est montée à la surface du liquide.... Sur tous ces poumons, je me suis assuré, par un examen microscopique attentif et renouvelé un très-grand nombre de fois, de la complète intégrité des vésicules prises sur les différents points de ces organes. »

M. Depaul rapporte une dizaine d'observations prises dans un nombre beaucoup plus considérable, où l'insufflation pulmonaire a manifestement rappelé à la vie des nouveau-nés qu'aucun autre moyen n'avait pu retirer de l'état de mort apparente dans lequel ils étaient plongés. Il termine ensuite en décrivant la manière de pratiquer cette insufflation. Toute cette partie du travail de M. Depaul nous paraît devoir être textuellement reproduite.

« Voici, dit M. Depaul, comment je crois qu'il convient de

pratiquer l'insufflation chez les enfants naissants : c'est à cette méthode que j'ai eu recours dans les cas précédemment cités, où mes tentatives ont été couronnées de succès. Je ne connais pas de canule plus simple et plus commode que le tube de Chaussier, et en substituant à ses deux ouvertures latérales un trou terminal, je crois qu'il ne laisse rien à désirer. L'enfant, dont on entretient la température par des linges chauds souvent renouvelés, doit être placé de manière que la poitrine soit beaucoup plus élevée que le bassin ; il est bon toutefois que la tête soit un peu inclinée en arrière pour rendre saillante la partie antérieure du cou. Je débarrasse d'abord la bouche et le pharynx des mucosités qui peuvent s'y trouver ; puis, avec l'indicateur ou le petit doigt de la main gauche, je suis la langue sur la partie médiane jusqu'à l'épiglotte. Je saisis alors de la main droite, et comme une plume à écrire, le tube de Chaussier , très-près de son extrémité renflée, et je le fais pénétrer dans la bouche par sa petite extrémité, en la conduisant le long du doigt qui est déjà placé dans cette cavité. Quand l'instrument est parvenu au niveau de l'entrée du larynx, je l'incline vers la commissure gauche des lèvres, et par quelques légers mouvements, je cherche à soulever l'épiglotte ; ce que j'obtiens en général avec assez de facilité : il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane pour que son extrémité traverse la glotte. Il est bien rare, en suivant les préceptes que je viens de tracer, de le voir s'engager dans l'œsophage. Cependant, pour plus de sûreté, on doit, avant de commencer les insufflations, promener le doigt sur le larynx et la trachée, et s'assurer de sa convenable introduction. Les changements produits par l'introduction de l'air peuvent aussi le plus souvent faire juger de la bonne ou de la mauvaise situation de la canule. Quand il est poussé dans les voies digestives, un soulèvement considérable de la région épigastrique s'observe tout d'abord, et la base de la poitrine n'est soulevée que consécutivement. S'il est dirigé, au contraire, dans les organes de la respiration, la dilatation de la poitrine est uniforme, et l'abaissement du diaphragme seul produit la saillie de la partie supérieure du ventre.

« Lorsqu'on a constaté que le tube a pénétré dans le larynx, il est indispensable de prévenir le reflux de l'air que l'on va pousser ; car la plaque circulaire, garnie d'éponge, qui appuie sur la glotte ne bouche que très-imparfaitement cette ouverture. On peut obtenir ce résultat par deux procédés également bons. Par l'un, on se propose de fermer exactement l'entrée du larynx, et c'est avec l'extrémité du doigt indicateur porté dans le fond de la bou-

che qu'on y parvient. Par l'autre, que j'ai plus souvent employé, on force l'air à pénétrer dans les voies aériennes, en lui fermant toute issue par l'œsophage, la bouche et les narines. Une pression modérée, exercée avec l'instrument, sert à appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure. Avec le pouce et l'indicateur de chaque main, on pince fortement les lèvres des deux côtés de la canule, et on bouche les narines en pressant le nez entre les doigts médius relevés.

« Il s'agit alors de pousser de l'air dans les voies aériennes, et ici se présentent plusieurs questions importantes : 1° Ce gaz doit être aussi pur que possible, à la température de l'atmosphère, et, par conséquent, poussé par un soufflet ; ou bien ne doit-on pas préférer l'air expiré par une personne saine, et directement introduit par la canule ? 2° Avec quelle force faut-il le faire pénétrer dans les ramifications bronchiques ? 3° Pendant combien de temps doit durer cette respiration artificielle, et quelle fréquence convient-il de lui donner ?

« J'ai déjà laissé entrevoir mon opinion sur le premier point ; et, en effet, je n'hésite pas à donner la préférence à l'air qui sort directement de la poitrine. Les changements que lui fait subir la respiration sont si minimes, qu'on ne saurait s'appuyer sur la soustraction d'une petite quantité d'oxygène, ou l'apparition de trois à quatre centièmes d'acide carbonique, pour le repousser. Il n'y a dans ces modifications chimiques rien qui puisse faire redouter une action délétère ou la perte de qualités suffisamment stimulantes. Il est d'ailleurs facile de conserver, à peu de chose près, à l'air qu'on insuffle, les conditions dans lesquelles il était au moment de l'inspiration. Il suffit pour cela de faire, avant chaque insufflation, une grande inspiration, de manière à remplir non-seulement les divisions bronchiques, mais encore la bouche et la trachée. On peut de la sorte se passer de l'air qui a pénétré dans les vésicules et perdu de ses propriétés par son contact avec le sang. J'ai toujours procédé avec cette précaution, et sans y attacher trop d'importance ; je crois qu'elle est bonne à prendre.

« Presque tous les hommes qui se sont occupés de la question ont pensé que la température et l'humidité de l'air expiré constituaient des conditions favorables et parfaitement appropriées aux poumons des enfants ; M. Leroy lui-même a fait adapter un calorifère au soufflet de Hunter. M. Marc est cependant d'un avis tout contraire. Quant à moi, je ne saurais accepter les arguments qu'il invoque. Je ne connais pas de faits qui prouvent que l'air à la température de l'atmosphère soit préférable, et

j'en ai rapporté plusieurs, au contraire, qui démontrent l'influence favorable de celui qui sort de la poitrine d'un adulte, car c'est toujours ainsi que j'ai procédé.

« Il n'est pas facile, pour répondre à la seconde question, d'indiquer avec précision l'impulsion qu'il convient de communiquer à l'air insufflé ; mais fort heureusement, et cela résulte de mes recherches, les vésicules pulmonaires ne sont pas aussi fragiles qu'on le croyait généralement : on peut non-seulement les dilater, mais encore les distendre avec force sans les déchirer. Il y a cependant des limites à cette résistance, et pour s'habituer à ne pas les dépasser et à mesurer en quelque sorte la force nécessaire pour obtenir la dilatation de tout le poumon, je crois qu'il est indispensable de faire des essais sur des cadavres de nouveau-nés, qui sont en si grand nombre dans nos amphithéâtres et qu'on utilise si peu. Les chirurgiens, avant de faire sur le vivant les opérations, même les plus simples, se sont exercés plusieurs fois sur les cadavres. Pourquoi les hommes qui se livrent à la pratique des accouchements se croiraient-ils dispensés de procéder avec les mêmes garanties?

« Les résultats que promet l'insufflation convenablement exécutée valent bien la peine qu'on se familiarise avec la manière de la pratiquer ; et je crois qu'il serait très-utile que les élèves s'y exerçassent un grand nombre de fois avant de s'éloigner de Paris pour se livrer à la pratique. Ces essais leur procureraient un autre avantage : celui de se familiariser avec l'introduction du tube laryngien ; ce qui ne me paraît pas difficile, ainsi que je l'ai déjà dit.

« Le temps pendant lequel on doit insister sur les insufflations est très-variable, et je suis loin de l'opinion de M. Marc, qui voulait qu'on se contentât d'une seule ; je suis également sûr qu'on ne ranimerait pas un certain nombre d'enfants si, suivant le précepte de Fothergill, on s'arrêtait définitivement à l'apparition d'une première inspiration spontanée. Les observations précédemment rapportées ont fait voir que tantôt un quart d'heure était suffisant, et que, dans d'autres cas, il n'avait pas fallu moins de trois quarts d'heure, ou une heure et demie. Dans certaines circonstances, je n'hésiterais pas à continuer plus longtemps encore.

« Lorsque, sous l'influence de l'introduction de l'air, le cœur s'est ranimé, et qu'il bat de cent à cent trente fois par minute, je crois qu'il est du devoir du médecin d'insister sur ce moyen jusqu'à l'apparition d'inspirations spontanées, qui se renouvellent au moins cinq à six fois par minute, et qui se rapprochent

de plus en plus : s'arrêter après une première serait, dans beaucoup de cas, compromettre la vie de l'enfant. Mais, lorsqu'après avoir réveillé les battements du cœur et même obtenu quelques contractions du diaphragme et des muscles intercostaux, on voit tout cela s'affaiblir et disparaître, quoiqu'on n'ait pas discontinué les insufflations, on peut, après dix à douze minutes, abandonner définitivement les enfants : je n'ai jamais vu, dans ces cas, qu'on soit parvenu à les ranimer. Les insufflations doivent être assez rapprochées les unes des autres ; je crois qu'il en faut faire de dix à douze par minute : j'en ai quelquefois porté le nombre jusqu'à quinze. Après chacune d'elles, l'élasticité des vésicules et des bronches suffit pour expulser à travers la canule la plus grande partie de l'air. Toutefois, il me paraît utile de rendre cette expiration plus complète par des pressions convenablement exercées avec la main largement appliquée sur la poitrine. On simule ainsi le jeu naturel de la respiration, on produit sur les muscles de la poitrine et sur le diaphragme des excitations qui peuvent avoir quelque utilité ; enfin peut-être, comme le pensent MM. Leroy, Duméril et Magendie, s'oppose-t-on de la sorte à la stagnation du sang dans les vaisseaux de l'abdomen et de la poitrine.

« Toutefois, l'appareil imaginé par M. Leroy pour produire cette compression est complètement inutile pour les nouveau-nés, les mains d'un aide étant bien suffisantes.

Il est presque toujours nécessaire de retirer le tube une ou plusieurs fois pour le débarrasser des mucosités qui l'obstruent, et de s'assurer de temps en temps qu'il est toujours placé dans le larynx. Quand la trachée renferme des mucosités abondantes, et quelquefois teintes de méconium, j'ai pu, à l'aide de quelques aspirations à travers le tube de Chaussier, en engager des quantités considérables dans son intérieur et rendre de la sorte la dilatation du poumon plus facile. Je conseille donc l'emploi de ce moyen pour les cas où leur présence est indiquée par un bruit de gargouillement plus ou moins manifeste ; mais c'est comme simple auxiliaire de l'insufflation, destiné à ouvrir une voie plus facile à l'air.

« Il est des enfants qui se raniment avec promptitude à partir du moment où la première inspiration spontanée a été obtenue.

L'activité de la circulation, les cris et les mouvements étendus des membres sont des caractères qui annoncent l'apparition des conditions les plus favorables, et on peut alors cesser de s'occuper d'eux ; il en est d'autres, au contraire, qui restent longtemps faibles, qui ne crient pas, et chez lesquels la contractilité

générale est encore engourdie. Ils font des inspirations incomplètes, irrégulières. Pour eux, l'insufflation doit être continuée beaucoup plus longtemps ; mais il faut cependant s'arrêter lorsqu'il y a déjà de six à dix inspirations par minute, car il importe de ne pas souffler lorsqu'une de ces inspirations s'effectue. L'insufflation, pratiquée dans un moment semblable, communiquerait à l'air qui s'introduit déjà à cause de la dilatation active de la poitrine, une impulsion beaucoup trop grande.

« Je termine en rappelant encore combien il est nécessaire de maintenir l'enfant à une température convenable, surtout pendant les saisons froides. »

---

31. *Emploi de l'onguent napolitain en frictions contre la coqueluche des jeunes enfants.*

(Bulletin général de Thérapeutique, juillet 1845.)

Voici un moyen que nous ne croyons pas avoir été encore employé. Dans sept cas de coqueluche, sur des enfants de six mois à deux ans, M. Cassaignac a fait faire, matin et soir, des frictions au creux de l'aisselle avec 2 grammes d'onguent pour chaque friction, concurremment avec le sirop d'ipécacuanha émétisé, 2 centigrammes pour 30 grammes de sirop, dont on donnait deux cuillerées à café tous les trois ou quatre jours. Sous l'influence de ce traitement, une salivation très-abondante est survenue, et les quintes ont toujours diminué, quelquefois disparu dans les vingt-quatre heures ; mais elles reparaissaient bientôt si les frictions étaient suspendues. Pour s'assurer de l'efficacité de ce moyen, dans trois des sept cas qui présentaient le plus d'intensité, l'auteur, après avoir enrayé les quintes au moyen de quatre frictions, a supprimé ces dernières, et vingt-quatre heures n'étaient pas encore écoulées qu'elles se sont manifestées avec une grande intensité et n'ont cédé qu'à de nouvelles frictions. Elles ont été continuées, terme moyen, pendant neuf jours. A cette époque, dit l'auteur, toute espèce de médication a été mise de côté; les petits malades ont été, non pas guéris, mais du moins à l'abri de tout danger ; les quintes ont reparu de loin en loin, moins fortes et de courte durée.

---

32. *Remarques sur la coqueluche épidémique qui, depuis quelques années, règne à Berlin, et qui y a été observée de nouveau pendant l'été de 1844; de l'emploi du nitrate d'argent contre cette affection*; par le docteur A. Berger, de Berlin.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, juin 1845.)

Sous forme d'introduction, l'auteur de ce mémoire rappelle d'abord quelques notions générales sur l'histoire de la coqueluche, dont, avec Rosenstein et Basseville, il fait remonter au moyen âge la première invasion en Europe. Venue de l'Afrique et des Indes Orientales, c'est en Suède que la maladie aurait éclaté d'abord, et sous forme épidémique. Les auteurs l'ont désignée par une foule de dénominations dont la plupart sont abandonnées, comme renfermant des hypothèses, qui sont bien loin d'être démontrées, sur sa nature et son siége, jusqu'à présent demeurés inconnus; et si, quelque jour, la science vient à être fixée à cet égard, il en aviendra de même des dénominations actuellement en usage, empruntées au symptôme caractéristique de la maladie.

Contre l'opinion de Stoll, Dance, Laënnec, Billard, le praticien de Berlin admet, avec Rosenstein, Schæffer, Hufeland, Jahn, Marcus, Dugès, M. Blache, M. Guersant, la nature contagieuse de la coqueluche, sur laquelle ses observations récentes ne lui lais ent plus de doute. A l'appui de son opinion, il cite quelques cas analogues à ceux, beaucoup plus nombreux d'ailleurs, rapportés par M. Blache, Dugès et M. Guersant. D'après ces faits, on peut admettre avec raison, dit-il, l'existence d'un virus spécifique, par la transmission duquel la maladie se communique. Quel est ce virus? quel en est le mode de transmission d'un individu à l'autre? Est-ce ou non par l'exhalation pulmonaire comme le prétend M. Guersant? On ne peut se prononcer à cet égard, dans l'état actuel de la science. Toutefois, la raison qu'un grand nombre d'individus échappent à la contagion n'est point à invoquer contre la nature contagieuse de la maladie; elle ne prouve autre chose, sinon qu'il faut, pour la contracter, une prédisposition acquise, soit qu'elle préexiste par elle-même, soit qu'elle se soit développée et se manifeste dans certaines conditions organiques. A l'enfance se rattache une prédisposition particulière, presque exclusive. Cependant, dans l'épidémie de l'été dernier, M. le docteur Berger a constaté deux cas de coqueluche : l'un chez un maître d'école, et l'autre chez une femme de 57 ans, qui couchait dans le même lit avec deux jeunes enfants, ses neveux, atteints de cette maladie. Parmi les causes prédisposantes

le plus fréquemment observées à Berlin, notre confrère cite dans l'ordre suivant : le trouble des fonctions digestives, — les fièvres éruptives, — le froid, — la dentition, — la scrofule. Le sexe féminin lui paraît aussi une cause plus particulière de prédisposition.

Relativement au siége, sans ajouter une hypothèse qui lui soit propre à toutes celles qui ont été émises par les auteurs, il se borne à réfuter l'opinion de Marcus et de Watts, qui considèrent la coqueluche comme une affection inflammatoire de la muqueuse bronchique, se fondant sur les altérations organiques trouvées après la mort, et par lesquelles, toutefois, ils ne sauraient prouver que l'inflammation dont elles sont la trace matérielle soit plutôt la cause que la conséquence de la maladie. Admettez, dit-il, que le principe morbifique, que le virus se porte tout d'abord sur la muqueuse bronchique, il est à présumer qu'il y pourra déterminer l'inflammation et donner lieu à une bronchite ; mais cette hypothèse ne nous éclaire pas davantage sur la toux caractéristique qui distingue la coqueluche du catarrhe ou de la bronchite.

La coqueluche observée à Berlin l'été dernier fut, en général, moins intense qu'opiniâtre ; elle n'eut une terminaison funeste que dans les cas où la préexistence d'un état pathologique ou des maladies intercurrentes avaient compliqué sa marche. Les complications qui se rencontrèrent le plus fréquemment furent, au début de la maladie : trouble dans les fonctions digestives, obstruction du bas-ventre, la scrofule, la dentition, des tubercules, des vers intestinaux ; pendant sa durée : la pneumonie, des hémorrhagies, notamment l'épistaxis, une fois une hydrocéphale, une fois une hernie.

Le symptôme qui se manifesta toujours le premier, dans les cas observés par le docteur Berger, fut le catarrhe ; il se montrait d'ordinaire de 5 à 8 jours après l'infection, dans les cas peu nombreux toutefois où il a été possible de remonter à l'époque où elle avait eu lieu. Les petits malades étaient saisis de légers frissons, bientôt suivis de chaleur, de fièvre, de sentiment de lassitude et d'une invincible somnolence ; les yeux étaient ternes, la face un peu bouffie, la langue chargée. A ces phénomènes venaient se joindre aussitôt de l'enchifrènement, une toux rauque, sèche et brève, un écoulement muqueux par le nez. Dans quelques cas, la fièvre était très-vive au début ; elle s'accompagnait d'accidents gastriques, de céphalalgie, de délire, avec chaleur et sécheresse à la peau. Mais cet état n'était jamais de longue durée : avec la fièvre, diminuait en même temps l'irritation des

bronches ; la toux était moins sèche et prenait un caractère tout à fait catarrhal, auquel on pouvait déjà reconnaître à l'avance la période spasmodique. Cette première période, dite catarrhale, durait de 8 à 15 jours, et en même temps que la maladie passait à la période convulsive, les intervalles qui séparaient les accès de toux devenaient plus considérables, et l'on pouvait entendre ce son aigu et plaintif qui est le trait caractéristique de la maladie et d'où elle tire son nom. M. Berger n'insiste pas davantage sur les symptômes : il ajoute seulement que, dans les cas où il eut à analyser les urines, il les trouva considérablement alcalines. La maladie durait ordinairement de 10 à 14, quelquefois jusqu'à 20 semaines, et se terminait par l'éloignement progressif d'une quinte à l'autre et par la diminution insensible du caractère spasmodique de la toux. Dans quelques cas, une éruption herpétique se montra aux lèvres, vers la fin de la maladie ; dans quatre cas, elle fut résolue par une pneumonie intercurrente ; dans un cinquième, il survint de l'emphysème ; dans deux autres enfin, il se déclara une méningite qui dut être combattue par les antiphlogistiques les plus énergiques.

L'analogie de caractère que présentent la toux dans la coqueluche et l'asthme humide pourrait faire confondre ces deux maladies. Ce qui les distingue, dit M. Berger, c'est que, dans l'asthme, le malade conserve de la dyspnée, de l'oppression même après l'accès, et ne peut, en quelque sorte, reprendre haleine ; tandis que le repos le plus complet suit immédiatement la quinte dans la coqueluche. Ce qui les différencie encore, c'est que la première de ces maladies est particulière aux adultes, tandis que la seconde, par inverse, n'atteint que l'enfance.

En ce qui concerne le traitement, notre confrère de Berlin le divise suivant les périodes de la maladie. Au début, l'emploi modéré des antiphlogistiques était presque toujours nécessaire ; les laxatifs et les vomitifs répétés, entre autres l'ipécacuanha uni au tartre stibié, produisaient d'excellents effets. Dans la période convulsive, l'indication est de combattre l'irritation nerveuse. Parmi les nombreux agents de la médication antispasmodique, le docteur Berger n'en a pas trouvé un seul qui répondît parfaitement à l'indication. L'opium, l'acétate de morphine, la belladone, l'acide hydrocyanique, les hydrocyanates de fer et de zinc, des médicaments d'importation plus récente dans la thérapeutique de la coqueluche, tels que la teinture d'assa fœtida à l'intérieur et en lavements, le sedum palustre, le tabac, se montrèrent peu efficaces, et ne purent, en aucun cas, abréger la durée de la maladie, bien qu'ils fussent suivis quelquefois d'un soulagement

momentané. Un médicament dont le docteur Berger paraît avoir obtenu le plus grand succès, et qu'il signale à l'attention des praticiens, c'est le nitrate d'argent, qu'il prescrit à la dose de un seizième et un douzième de grain à prendre trois fois d'abord, et puis quatre fois pendant la journée, mais seulement dans les cas où l'état des organes digestifs ou quelque complication grave n'en contre-indiquent pas l'usage. A l'appui de son expérimentation, il rapporte les trois observations qui suivent :

Obs. I. — Un petit garçon de 4 ans, de constitution délicate, fils d'un pauvre tisserand, fut pris de coqueluche vers la fin de juin. Au huitième jour de la maladie, la toux offrait déjà le caractère spasmodique ; les quintes se répétaient cinq à six fois par jour, et fatiguaient beaucoup le malade. Point de complications d'ailleurs. Après chaque accès, l'enfant redevenait dispos et se sentait de l'appétit. Il prit du nitrate d'argent à la dose de un seizième de grain : au bout de huit jours de ce traitement, les quintes avaient diminué d'intensité, et elles avaient disparu entièrement à la troisième semaine ; si bien que la maladie se termina en moins d'un mois.

Obs. II. Un petit garçon de 7 ans était pris de vomissements à chaque accès de toux. On lui prescrivit d'abord des vomitifs, puis des laxatifs, et, lorsque la toux fut devenue caractéristique, le nitrate d'argent à un seizième et à un dixième de grain, quatre fois par jour. Il fut guéri au commencement de la cinquième semaine.

Obs. III. Une petite fille de 8 ans, atteinte de coqueluche depuis cinq semaines, avait été traitée par les narcotiques et les sédatifs de toutes sortes, mais sans résultat. Les accès étaient des plus convulsifs. Le nitrate d'argent fut administré à un dixième de grain tout de suite, et puis à un huitième. Le succès fut merveilleux. En même temps que les forces se rétablirent sensiblement, les quintes devinrent de plus en plus rares, et elles avaient disparu au dixième jour de l'usage du médicament, qui fut continué dans ce cas comme dans les deux précédents, mais à dose décroissante, quelque temps après la cessation de la maladie.

---

33. *De l'application du galvanisme au traitement des hémorrhagies utérines ;* par M. Radfort (de Manchester).

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, juillet 1845.)

Qui ne connaît l'action du galvanisme sur les muscles, sur ceux de la vie organique aussi bien que sur ceux de la vie ani-

male ? Qui ne sait la puissance que cet agent communique à la contractilité musculaire ? D'un autre côté, qui ignore que la contractilité organique insensible, ou rétractilité, est la seule force réellement capable d'arrêter les flots de sang que verseraient, sans elle, les sinus utérins après le décollement du placenta ? L'utilité du galvanisme dans le traitement des hémorrhagies utérines ressort de ces effets bien connus et depuis longtemps appréciés. On n'avait pourtant guère songé à une ressource si précieuse. C'est à M. le docteur Thomas Radford qu'appartient, sinon la première idée de l'emploi du galvanisme en obstétrique, au moins l'honneur d'avoir fait connaître l'immense parti qu'on en peut tirer dans quelques cas d'une extrême gravité. Ces cas sont ceux dans lesquels l'abondance ou la répétition de l'hémorrhagie a produit un tel vide dans les vaisseaux et un tel épuisement de la femme, que la moindre perte nouvelle de sang, le moindre ébranlement du système nerveux, seraient presque nécessairement funestes. Cet état si voisin de la mort peut se rencontrer dans trois circonstances différentes : avant, pendant, après l'accouchement. Retenir le sang qui s'écoule et la vie qui s'échappe, tel est le but à atteindre.

On ne peut y parvenir, quand l'utérus renferme encore le produit de la conception, que par l'application du tampon, si les membranes sont entières, ou par l'extraction de l'enfant, si elles sont rompues. Mais cette extraction, qui ne peut avoir de résultat utile qu'autant qu'elle est suivie d'un retrait complet et permanent de l'utérus, n'est pas toujours possible, et, le fût-elle, n'est pas toujours exempte de danger. La dilatation incomplète et la dilatabilité peu marquée de l'orifice (dernière circonstance plus fréquente en pareil cas qu'on ne l'imagine en général), sont des obstacles difficiles à surmonter, et la patiente, déjà épuisée, peut aisément succomber aux efforts faits pour les vaincre. Bien plus, un collapsus mortel peut suivre un accouchement opéré sans violence et même sans difficulté ; triste effet d'une déplétion trop rapide. La paracentèse et un accouchement trop prompt ne sont-ils pas quelquefois suivis de syncope ? C'est aussi une syncope qui arrive ici, mais une syncope mortelle. D'ailleurs, pourrait-on compter, dans de pareilles circonstances, sur une rétraction suffisante de l'utérus, après l'extraction de l'enfant ; et pour peu que cet organe reste relâché, ses vaisseaux béants ne serviront-ils pas d'issue aux dernières gouttes de sang ?

Mais l'inaction, dans un cas si grave, est-elle donc moins dangereuse ! D'un côté comme de l'autre, la vie court les mêmes risques. Les partisans de l'accouchement forcé, Burns et Hamil-

ton entre autres, font valoir des arguments très-pressants. Entre deux manières de faire, également pleines de péril, le praticien est fort embarrassé de choisir, et ne se décide souvent à agir que pour échapper à l'absurde accusation d'avoir laissé mourir une femme sans la délivrer, comme s'il valait mieux la tuer en la délivrant!

Retarder l'accouchement, et, par tous les moyens connus, stimuler l'action de l'utérus, pour n'opérer, si les circonstances l'exigent, qu'après le retour des forces; opposer même, par l'application d'un tampon dont les effets seraient surveillés de près, une digue à l'écoulement du sang, serait sans doute plus rationnel; mais tous ces moyens sont loin d'être infaillibles, et le seront moins encore dans le cas si grave que nous supposons; et la perte pourra continuer, externe si on n'a pas tamponné, interne dans le cas contraire.

Un agent énergique et infaillible tout à la fois serait donc, pour ces cas extrêmes, presque désespérés, une ressource inappréciable : M. le docteur Radford croit l'avoir trouvé dans le galvanisme. Il n'en est plus, au reste, à de simples conjectures à ce sujet; les faits ont confirmé toutes ses prévisions, et, sous tous les rapports, ses espérances ont été dépassées. Le courant galvanique met également en jeu la contractilité et la rétractilité de l'utérus; et les contractions qu'il provoque, loin d'être continues, tétaniques, comme celles qui résultent de l'administration du seigle ergoté, sont, comme les contractions spontanées, suivies d'un relachement complet. L'appareil électro-magnétique employé par M. le docteur Radford se compose d'une batterie dans une petite jarre et d'une hélice avec des conducteurs. Ces conducteurs sont unis à l'hélice au moyen de longs fils métalliques recouverts d'une substance isolante. Un mécanisme particulier, fixé à l'hélice, sert à augmenter ou à diminuer à volonté l'intensité du choc. Celui des conducteurs qui doit être appliqué à l'extérieur est muni d'un manche de bois creux, par lequel passe l'un des fils métalliques pour aller rejoindre une tige de cuivre terminée par une boule. L'autre conducteur consiste en une tige de cuivre de sept pouces de longueur, courbée pour s'accommoder à la direction du vagin, terminée à l'une de ses extrémités par une boule d'argent, reçue par l'autre dans un manche en ivoire, traversé par un fort fil de cuivre en contact avec les fils métalliques dont nous avons parlé plus haut. Il présente, à son extrémité, un anneau couvert de soie, destiné à recevoir le pouce de l'opérateur, lorsque, pour établir le courant, il veut mettre en contact avec la tige de cuivre le fil qui en est

tenu écarté par un petit ressort en spirale. Ce dernier conducteur est mis en rapport avec le col de l'utérus ; l'autre avec le fond de l'organe, à travers les parois abdominales. On agit ainsi sur les fibres longitudinales. Des courants peuvent être aussi dirigés dans le sens transversal, en plaçant l'extrémité des deux conducteurs à l'extérieur, sur les extrémités du diamètre transverse. Les chocs peuvent être plus ou moins multipliés, suivant l'exigence des circonstances, et, dans tous les cas, doivent être séparés par des intervalles, pour imiter autant que possible les contractions naturelles.

C'était beaucoup sans doute de pouvoir disposer d'un agent aussi puissant et aussi sûr ; mais ce ne serait pas assez. Quand une femme, non encore accouchée, est réduite par une perte de sang à un état d'épuisement extrême, cette violente hémorrhagie dépendant, dans l'immense majorité des cas, de l'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice, le pouvoir de faire contracter à volonté l'utérus serait bien loin de suffire pour la sauver. Ce qu'il faut encore, c'est qu'une compression efficace des orifices béants des vaisseaux, par la tête du fœtus, la mette à l'abri d'une hémorrhagie nouvelle. Or, cette compression peut s'exercer sans doute à travers le placenta lui-même; mais, immédiate, elle serait plus efficace encore. Elle n'a même lieu médiatement qu'autant que l'évacuation du liquide amniotique a déjà provoqué un certain degré de rétraction de l'utérus. Or, si l'implantation était centrale, les membranes peuvent être intactes, et l'œuf peut contenir encore la totalité des eaux. Que produiront alors les contractions utérines spontanées ou provoquées? un décollement de plus en plus considérable du placenta, un nouvel écoulement de sang. En considérant que les choses étant ainsi abandonnées à elles-mêmes, dans un certain nombre de cas, le placenta a fini par se détacher complètement; qu'il a été, avant l'enfant, poussé dans le vagin et même expulsé au dehors, et qu'alors l'hémorrhagie s'est spontanément arrêtée, le docteur Radford s'est demandé, après avoir rassemblé près de quarante faits de cette espèce, si ce procédé de la nature ne méritait pas d'être imité, et si, dans ces cas extrêmes où la terminaison immédiate de l'accouchement, fût-elle facile, compromettrait presque infailliblement les jours de la femme, il ne vaudrait pas mieux détacher entièrement le placenta, exciter les contractions utérines par l'application du galvanisme, et attendre, soit le résultat de ces contractions, soit le moment favorable pour agir. A l'objection bien prévue que la mort de l'enfant serait la conséquence inévitable de cette

manœuvre, il répond que, dans les conditions que nous avons supposées, le fœtus a déjà presque toujours cessé de vivre. Ce qu'il s'était proposé de faire, il l'a exécuté avec succès.

Il a d'ailleurs formulé son opinion tout entière dans une série de propositions que nous reproduisons ici :

1° L'accouchement, ni même le déplacement du placenta ne devant jamais être tentés avant que l'orifice soit assez dilaté pour permettre sans danger l'introduction de la main, le repos, l'application du froid, et surtout le tamponnement, ne doivent être négligés dans aucun des cas où ils sont spécialement indiqués.

2° S'il existe des signes non équivoques de la mort du fœtus, il faut détacher complètement le placenta et rompre les membranes. Il faut ensuite abandonner le travail à la nature, pourvu que les contractions de la matrice soient suffisamment énergiques ; dans les cas contraires, on aura recours aux stimulants ordinaires de la contractilité utérine et, de plus, au galvanisme.

3° Si le placenta est implanté sur l'orifice utérin dans un cas de rétrécissement du bassin, il faut le détacher et l'extraire, puis perforer le crâne aussitôt que l'état des parties le permettra, et extraire la tête avec le crochet.

4° Lorsque l'orifice de l'utérus est en partie dilaté, et assez dilatable pour permettre l'introduction de la main, il faut détacher le placenta complètement, si les membranes sont rompues et les contractions énergiques.

5° Dans tous les cas d'épuisement produit par une hémorrhagie dépendant de l'implantation centrale du placenta sur l'orifice de la matrice, il faut perforer le placenta au centre (M. Radford se sert à cet effet d'un trocart et d'une canule), faire écouler le liquide, détacher complètement le placenta, et employer le galvanisme.

6° Dans tous les cas d'implantation partielle du placenta sur l'orifice utérin, la rupture artificielle des membranes suffit généralement pour arrêter l'hémorrhagie ; si l'écoulement de sang continuait, il faudrait employer le galvanisme.

Le docteur Radford recommande aussi l'emploi du galvanisme dans les hémorrhagies qui suivent l'accouchement et qui dépendent spécialement de l'inertie de l'utérus, dans le cas de travail languissant, dans celui de contraction spasmodique dans une direction avec atonie des fibres utérines dans le sens opposé, enfin, comme moyen très-propre à provoquer l'accouchement avant terme.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 155e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME VII. — JUILLET 1845.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Topographie médicale du canton de Heyst-op-den-Berg (province d'Anvers); par le docteur *B. Luyckx*. 121
Mémoire sur l'ictère : traduit du hollandais; par M. *Joseph Ossœar*. 137
Des fièvres intermittentes qui se sont montrées à Anvers pendant le premier semestre de 1845, et de quelques points généraux du traitement de ces maladies; par le médecin principal *Gouzée*. 149

REVUE DES JOURNAUX BELGES DE MÉDECINE.

Annales de la Société des sciences médicales de Malines. — Compte rendu des travaux pendant l'année 1844; par M. le docteur *Biver*. 155
Annales de la Société de médecine de Gand. — Compte rendu des travaux pendant l'année 1845; par M. le docteur *Biver*. 161
BIBLIOGRAPHIE. — Observations pratiques sur le traitement des maladies syphilitiques par l'iodure de potassium; par le docteur *L. P. A. Gauthier*. (Analyse du docteur SÉLADE.) 165
Compte rendu de la clinique ophthalmologique de M. le docteur *Cunier* pendant l'année 1844; par *A.-S. de Abreu*. 172
Lettre de M. le docteur *Cunier*. 178
Nouvelles médicales. — Nécrologie. 179

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 29 juin 1845.

Communications du gouvernement. 539
Correspondance. 540
Communications du bureau. 544
Commission des épidémies et des épizooties. 544
Rapports. — Demande relative à un échantillon d'orge perlé réduit en gruau, faite à l'Académie par M. le président de l'établissement des moulins à vapeur de Molenbeek-St-Jean. 545
Observations de fractures compliquées, traitées avec succès par le bandage amovo-inamovible appliqué immédiatement après l'accident, et maintenu pendant toute la durée du traitement; par le docteur *Mussche*. 546
Propositions relatives au traitement des fractures; par M. *Seutin*, membre titulaire. (*Suite de la discussion.*) 548
Question des concours. 597
Ouvrages présentés. 599
Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois de juin 1845. 600

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

1. Considérations théoriques et pratiques sur la gale ; par M. *Gilbert*. 1
29. Sur l'efficacité des frictions mercurielles dans le traitement de la variole ; par M. le docteur *Goblin*. 237
2. De l'anxiodynie ; par M. *Paul de Mignot*. 7
3. Thérapeutique du croup ; par *A. Godefroy*. 20
20. Sur la pathologie de la phthisie ; par le docteur *Addison*. 200
4. Note sur le traitement abortif du coryza aigu par l'emploi de la solution de nitrate d'argent ; par M. *Teissier*. 32
5. Leçons sur les névroses ; par M. *Puccinotti*. 41
26. Mémoire sur un mode nouveau d'employer l'hydrochlorate de morphine dans les odontalgies, les névralgies frontales, et dans quelques névralgies trifaciales ; par M. *Ebrard*. 218
28. Observation remarquable de chorée partielle des membres inférieurs (danse de Saint-Weith, de Saint-Guy, choréomanie, orchestromanie, dansomanie) chez un jeune homme de 22 ans, maladie qui fut réfractaire à toutes les médications et qui nécessita la mise en réforme du militaire qui en était atteint. 232
27. Éducation d'une jeune fille sourde-muette, aveugle et sans odorat ; par *A. Brierre de Boismont*. 226

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

6. Grossesse extra-utérine abdominale prise pour un kyste de l'ovaire ou une tumeur fibreuse de l'utérus. — Hôpital Saint-Louis. — M. *Jobert* (de Lamballe). 54
7. De la cautérisation vaginale multiple, envisagée comme cure radicale des écoulements leucorrhéiques ou fleurs blanches ; par le docteur *Francis Devay*. 62
33. De l'application du galvanisme au traitement des hémorrhagies utérines ; par M. *Radfort*. 250
21. Observations et réflexions sur quelques médicaments contre la coqueluche ; par le docteur *Panck*. 203
31. Emploi de l'onguent napolitain en frictions contre la coqueluche des jeunes enfants. 246
32. Remarques sur la coqueluche épidémique qui, depuis quelques années, règne à Berlin, et qui y a été observée de nouveau pendant l'été de 1844 ; de l'emploi du nitrate d'argent contre cette affection ; par le docteur *A. Berger*. 247
22. Sur les maladies du bas-ventre (la scarlatine, la rougeole, la roséole, la variole et la coqueluche) observées à l'hôpital des Enfants à Moscou, en 1843 ; par le docteur *Kronenberg*. 204
30. Sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente ; par M. le docteur *Depaul*. 240

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

8. Des abcès du pharynx : abcès de la paroi postérieure. 68
12. Règles pratiques concernant l'ouverture des abcès chauds, des abcès froids et des abcès par congestion ; par M. le professeur *Lisfranc*. 104
9. Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphyloraphie, à propos d'une opération pratiquée par ce professeur. — Hôtel-Dieu. — M. *Roux*. 75
10. Études cliniques sur les maladies de la cornée ; par le docteur *Tavignot*. 81
11. Leçons sur les maladies des yeux ; par M. *Pajot*. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*. 92

13. Sur la sortie du corps vitré pendant ou après l'extraction de la cataracte; par le docteur *Sichel*. 112

VIII. MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

14. Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urèthre; par le docteur *L. Auguste Mercier*. 121

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

15. Recherches cliniques faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes) sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite, etc.; par *J. Boys de Loury* et *H. Costilhes*. 136

X. MÉDEGINE LÉGALE ET POLICE MÉDICALE.

16. Recherches sur l'infanticide; par M. *Orfila*. 152

XII. GÉNÉRALITÉS.

17. Note sur le commerce des sangsues et sur les fraudes nuisibles pratiquées dans la vente de ces annélides; par M. *Chevallier*. 154

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences de Paris.

Séances des 2, 9, 16, 23 et 30 juin.

Action de la salive sur la fécule. 175. — Recherches sur les sels et la densité des urines. — Acide bézoardique. — Anévrysme artérioso-veineux faux consécutif. 176. — Blessure des vaisseaux. 178. — Sur la cyanose des nouveau-nés. 180. — Formation de la graisse. — Distribution des fluides nourriciers dans l'économie animale. 181. — Influence négative du liquide céphalo-rachidien sur la locomotion. 182. — Traitement des fistules lacrymales et des larmoiements chroniques par la cautérisation et l'ablation de la glande lacrymale. — Anthropologie. 183. — Effets de l'essence de térébenthine sur l'économie. 185.

Académie royale de médecine de Paris.

Séances des 3, 10, 17, 24 juin, et 1er juillet.

Inoculation de la syphilis comme moyen de diagnostic. — Pellagre. 186. — Cow-pox. — Animaux vivants rendus par les urines. — Résection de la mâchoire inférieure. 191. — Plaie du foie. 192. — Peste. — Contagion de la fièvre typhoïde. 193. — Eclampsie puerpérale. 196. — Lithotritie. 197.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

23. Nye Erfaringer om Inoculabiliteten af Syphilis oy Hudsygdome; af Dr *A. G. Sommer*. — Nouvelles expériences sur l'inoculation de la syphilis et des maladies de la peau; par le docteur *A. G. Sommer*. 209

MÉLANGES.

18. Procédé simple pour reconnaître la présence de l'acide sulfurique libre dans le vinaigre; par *Rud. Böttger*. 197
24. Formule pour la préparation du cachou de Bologne. 213
25. Note sur les médicaments qui résultent de l'union des acides gras aux bases organiques; par M. *Tripier*. 214
19. Sur la composition et les propriétés de la matière colorante de la bile; par le professeur *Scherrer*. 199

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 155e VOLUME.

6e SÉRIE, TOME VII. — JUILLET 1845.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE (juillet 1845).

Orfila. Recherches sur l'infanticide. 152
Chevallier. Note sur le commerce des sangsues et sur les fraudes nuisibles pratiquées dans la vente de ces annélides. 154

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (juillet 1845).

Puccinotti. Leçons sur les névroses. 41

BULLETIN MÉDICAL DE BORDEAUX (mars 1845).

Mignot (P. de). De l'anxiodynie. 7

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (juin et juill. 1845).

Tissier. Note sur le traitement abortif du coryza aigu par l'emploi de la solution de nitrate d'argent. 32
Lisfranc. Règles pratiques concernant l'ouverture des abcès chauds, des abcès froids et des abcès par congestion. 104
Sichel. Sur la sortie du corps vitré pendant ou après l'extraction de la cataracte. 112
Formule pour la préparation du cachou de Bologne. 213
Emploi de l'onguent napolitain en frictions contre la coqueluche des jeunes enfants. 246

CLINIQUE DE MONTPELLIER (mai 1845).

Des abcès du pharynx : abcès de la paroi postérieure. 68

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 64, 67, 71, 78 et 81 ; 1845).

Jobert (de Lamballe). Grossesse extra-utérine abdominale prise pour un kyste de l'ovaire ou une tumeur fibreuse de l'utérus. — Hôpital Saint-Louis. 54
Roux. Remarques cliniques sur les opérations autoplastiques en général, et en particulier sur la staphyloraphie, à propos d'une opération pratiquée par ce professeur. — Hôtel-Dieu. 75
Pajot. Leçons sur les maladies des yeux. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau.* 92

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 22, 23, 24, 26 et 34 ; 1845).

Francis Devay. De la cautérisation vaginale multiple envisagée comme cure radicale des écoulements leucorrhéiques ou fleurs blanches. 62
Mercier (L. A.). Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urèthre. 121

Boys de Loury (J.) et *Costilhes* (H.). Recherches cliniques faites à l'hôpital Saint-Lazare (maladies des femmes) sur les ulcérations du col de l'utérus, sur les chancres chroniques des parties génitales, les bubons, l'uréthrite, la vaginite, etc. 136

Observation remarquable de chorée partielle des membres inférieurs (danse de Saint-Weith, de Saint-Guy, choréomanie, orchestromanie, dansomanie) chez un jeune homme de 22 ans, maladie qui fut réfractaire à toutes les médications et qui nécessita la mise en réforme du militaire qui en était atteint. 232

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (juin et juillet 1845).

Gilbert. Considérations théoriques et pratiques sur la gale. 1

Godefroy (A.). Thérapeutique du croup. 20

Tavignot. Etudes cliniques sur les maladies de la cornée. 81

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES (août 1845).

Brierre de Boismont (A.). Éducation d'une jeune fille sourde-muette, aveugle et sans odorat. 226

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (juillet 1845.)

Ebrard. Mémoire sur un mode nouveau d'employer l'hydrochlorate de morphine dans les odontalgies, les névralgies frontales, et dans quelques névralgies trifaciales. 218

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (juin 1845).

Berger (A.). Remarques sur la coqueluche épidémique qui, depuis quelques années, règne à Berlin, et qui y a été observée de nouveau pendant l'été de 1844 ; de l'emploi du nitrate d'argent contre cette affection. 247

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (juin et juillet 1845).

Depaul. Sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants qui naissent dans un état de mort apparente. 240

Radford. De l'application du galvanisme au traitement des hémorrhagies utérines. 250

JOURNAL DE PHARMACIE (août 1845).

Tripier. Note sur les médicaments qui résultent de l'union des acides gras aux bases organiques. 214

REVUE MÉDICALE (juin 1845).

Goblin. Sur l'efficacité des frictions mercurielles dans le traitement de la variole. 237

SYPHILIDOLOGIE (vol. VI, 1844).

Sommer (A. G.). Nye Erfaringer om Inoculabiliteten af Syphilis oy Hudsygdome. — Nouvelles expériences sur l'inoculation de la syphilis et des maladies de la peau. 209

JOURNAUX ALLEMANDS.

ANNALEN DER CHEMIE UND PHARMACIE.

Scherrer. Sur la composition et les propriétés de la matière colorante de la bile. 199

JOURNAL FUER PRAKTISCHE CHEMIE.

Rud. Böttger. Procédé simple pour reconnaître la présence de l'acide sulfurique libre dans le vinaigre. 197

JOURNAL FUER KINDERKRANKHEITEN.

Kronenberg. Sur les maladies du bas-ventre (la scarlatine, la rougeole, la roséole, la variole et la coqueluche) observées à l'hôpital des Enfants à Moscou, en 1843. 204

ZEITSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE MEDICIN.

Panck. Observations et réflexions sur quelques médicaments contre la coqueluche. 203

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Addison. Sur la pathologie de la phthisie. 200